IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

Vol. XXIX — Anno 1922

ROMA

N. 14 - Via Sistina - N. 14

1922

Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per il 1922.

Abbruzzetti dott. Alfonso - Burano.
Agostini dott. Marcello - Roma.
Aiello dott. Giuseppe - Roma.
Alessandri prof. Roberto - Roma.
Alessandrini dott. Alessandro - Roma.
Alessandrini prof. Paolo - Roma.
Aloi dott. Vincenzo - Napoli.
Alzona prof. Federico - Bologna.
Amantea dott. Fausto - Roma.
Amorosi dott. Prospero - Palermo.
Angelici prof. Gaetano - Roma.
Ansaldi dott. Cesare - Roma.
Antongiovanni dott. G. B. - Pescia.
Artom prof. Cesare - Roma.
Artom dott. Mario - Alessandria.
Artom di S. Agnese prof. Valerio - Roma.
Ascoli prof. Vittorio - Roma.
Auriemma dott. Salvatore - S. Maria Capua Vetere.
Auriti dott. Filippo - Roma.
Baccarani prof. Umberto - Ancona.
Baccarini dott. Luigi - Firenze.
Bader dott. Redento - Borgosesia.
Baffoni Luciani prof. Filiberto - Roma.
Baggio prof. Gino - Roma.
Balduzzi dott. Ottorino - Roma.
Banaudi dott. Edoardo - Torino.
Banissoni dott. F. - Roma.
Barzilai dott.ssa Gemma - Roma.
Benedettelli dott. Ernesto - Roma.
Belfanti prof. Serafino - Milano.
Belgrano prof. Carlo Rinaldo - Genova.
Bellussi prof. Angelo - Roma.
Bennati Nando - Ferrara.
Berghinz prof. Guido - Padova.
Bevilacqua dott. Antonio - Napoli.
Bilancioni prof. Guglielmo - Roma.
Biancheri prof. Teofilo - Voltri.
Bile prof. Silvestro - Napoli.
Bilotta dott. Vincenzo - Pizzo.
Bini dott. Guido - Fiumicino.
Boeri prof. Giovanni - Napoli.
Bonomo dott. Vincenzo - Bari.
Bosco dott. Lorenzo - Torino.
Bottacin dott. Luigi - Padova.
Botti dott. Alcide - Bologna.
Boveri prof. Pietro - Milano.
Brancia dott. Francesco Antonio - Nicotera.
Brunicardi dott. Oscar - Torino.
Bufalini dott. Emilio - Firenze.
Buffone dott. Filippo - Filadelfia.
Bussa Lay dott. Enrico - Venezia.
Cacioppo dott. Luigi - Palermo.
Calamita dott. Ottavio - Roma.
Camis dott. Mario - Parma.
Campani prof. Arturo - Brescia.
Cantalamessa Carboni dott. Lauro - Città di Castello.
Capuani dott. Gianfranco - Galliate.
Carabellese dott. Saverio - Roma.
Carbone prof. Agostino - Torino.
Carisi dott. Guido - Venezia.
Casiere dott. Donato - Volturino.
Cassuto dott. Augusto - Roma.
Casuccio dott. Giuseppe - Padova.
Cavazzani prof. Emilio - Ferrara.
Cavazzani dott. Tito - Pallanza.
Cerioli dott. Alcardo - Lonato.
Ceruti dott. Rosario - Brescia.
Cevario dott. Luigi - Grosseto.
Chistoni dott. Alfredo - Napoli.
Chiasserini prof. Angelo - Roma.
Chiaudano prof. Carlo - Torino.
Ciauri prof. Rosolino - Roma.
Cignozzi prof. Oreste - Grosseto.
Cimino prof. Tebaldo - Palermo.
Ciotola dott. Alberto - Roma.
Ciulla prof. Mario - Palermo.
Clara dott. Pilade - Comazzo.
Collina dott. Mario - Roma.
Condorelli dott. Luigi - Roma.
Conforti dott. Giovanni - Novara.
Conti dott. Luigi - Forlì.
Cornelli dott. Riccardo - Bologna.
Cortesi prof. Francesco - Roma.
Crainz prof. Silvio - Roma.
D'Afflitto dott. Rodolfo - Crucoli.
Dalla Vedova prof. Riccardo - Roma.
Dallera dott. Nicolò - Cagliari.
D'Asaro Biondo dott. Michele - Palermo.
De Benedetti dott. S. - Sassari.
De Favento dott. Piero - Trieste.
De Gaetano prof. Luigi - Napoli.
De Napoli prof. Ferdinando - Bologna.
De Porcenta dott. Renato - Trieste.
De Sanctis Monaldi dott. Tullio - Roma.
De Toni dott. Giovanni - Padova.
De Vecchis prof. Beniamino - Napoli.
De Villa prof. Salvatore - Roma.
Dian dott. Antonio - Venezia.
Di Marzio dott. Quirino - Roma.
Di Pace dott. Ignazio - S. Marco in Lamis.
Dominici prof. Leonardo - Roma.
Dorello prof. Primo - Roma.
Doria dott. Raimondo - Roma.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Ducrey dott. Cesare - Roma.
Durand dott. Felice - Genova.
Egidi prof. Guido - Roma.
Falcioni dott. Domenico - Roma.
Falzi dott. Ormisda - Verona.
Fantozzi prof. Giuseppe - Pisa.
Farmachidis prof. Costantino - Genova.
Fasano prof. Mario - Asti.
Ferrari dott. Giuseppe - Ferrara.
Ferraro dott. Armando - Sassari.
Ferretti prof. Tito - Roma.
Ferri dott. Andrea - Sala Bolognese.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fioravanti prof. Luca - Orbetello.
Fragale dott Giuseppe - Palermo.
Fumarola prof. Giovacchino - Roma.
Furno prof. Alberto - Reggio Emilia.
Garavaglia dott. Agostino - Parigi.
Gasbarrini prof. Antonio - Pavia.
Gasparini dott. Carlo - Milano.
Genoese dott. Giovanni - Roma.
Ghiron dott. Mario - Roma.
Giorgacopulo dott. Demetrio - Trieste.
Gioseffi dott. Mauro - Parenzo.
Gismondi prof. Alfredo - Genova.
Grasso dott. Sebastiano - Roma.
Gravagna prof. M. - Catania.
Grifi dott. Vincenzo - Ancona.
Grossi dott. Ennio - Roma.
Grossi dott. Leonardo - Genova.
Guerricchio dott. Antonio - Matera.
Gussio prof. Sebastiano - Roma.
Jacobacci dott. Giovanni - Alfedena.
Jura dott. Vincenzo - Roma.
Krauss dott. Amedeo - Firenze.
Leti dott. Francesco - Roma.
Levi prof. Ettore - Roma.
Licini dott. Cesare - Ortona a Mare.
Linassi dott. Arrigo - S. Vito al Tagliamento.
Lo Vullo dott. Bernardo - Firenze.
Lussana dott. Stefano - Venezia.
Lustig prof. Alessandro - Firenze.
Maestrini prof. Dario - Roma.
Magro dott. D. - Padova.
Manna dott. Arturo - Roma.
Mantovani dott. Lodovico - Bologna.
Marchiafava prof. Ettore - Roma.
Mariani prof. Giuseppe - Pavia.
Marina prof. Alessandro - Genova.
Marzetti dott. V. - Roma.
Masci dott. Bernardino - Roma.
Maselli dott. Domenico - Roma.
Massa rag. E. - Bergamo.
Massimi dott. Giuseppe - Roma.
Massini prof. Luigi Carlo - Genova.
Matronola dott. Girolamo - Roma.
Medi dott. Arturo - Roma.
Mendes prof. Guido - Roma.
Merlino dott. Basilio - Palermo.
Micheli prof. Cesare - Roma.
Milani prof. Eugenio - Roma.
Milani dott. Guido - Ravenna.
Mingazzini dott. Ermanno - Roma.
Mingazzini prof. Giovanni - Roma.
Miracapillo dott. Gennaro - Celleno.
Montefusco prof. Alfonso - Napoli.
Monteleone dott. Remo - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Monti dott. Giuseppe - Bergamo.
Morici dott. Giuseppe - Ascoli Piceno.
Mosti prof. Renato - S. Gimignano.
Musante dott. Ettore - Genova.
Napoletano dott. Ferdinando - Napoli
Nascimbene dott. Ferruccio - Macerata.
Nasso dott. Ivo - Napoli.
Neumann dott. Alfredo - Vienna.
Nicastro dott. Giuseppe - Palermo.
Nicolich prof. Giorgio - Trieste.
Onano dott. Giovanni - Sassocorvaro.
Ott dott. Igino - Siena.
Pacchini dott. Pietro - Campiglia Marittima.
Palma dott. Raffaele - Cosenza.
Pausini dott. Giovanni - Montottone.
Pantaleoni dott. Massimo - Roma.
Parlavecchio dott. Alfredo - Roma.
Pediconi prof. Pio - Roma.
Pellacani prof. Giuseppe - Bologna.
Pergola prof. Mazzini - Roma.
Perilli dott. Giovanni - Denver (S. U. A.)
Persia dott. Ascenzio - Roma.
Piccinini prof. Guido Maria - Bologna.
Pieri prof. Gino - Roma.
Piperno prof. Arrigo - Roma.
Pirondini prof. Eugenio - Roma.
Pollitzer dott. Renato - Roma.
Pontano prof. Tommaso - Roma.
Provera dott. Giovanni - Cheren.
Pulvirenti dott. Salvatore - Roma.
Racchiusa dott. Santi - Messina.
Radogna dott. Giuseppe - Roma.
Ramorino dott. Camillo - Firenze.
Ranelletti prof. Aristide - Roma.
Ravasini dott. Carlo - Trieste.
Reina dott. Guido - Pavia.
Righi dott. Ugo - Modena.
Riva dott. Sennen - Roma.
Rivara dott. Anselmo - Genova.
Rocchi prof. Giuseppe - Bologna.
Romano dott. Gennaro - Napoli.
Ronchi dott. Armando - Genova.
Ronco dott. G. - Isola Vicentina.
Rossi dott. Francesco - Eremo di Lanzo.
Rossini dott. Luigi - Albano.
Ruggiero dott. Alberto - S. Maria a Vico.
Ruocco dott. Guglielmo - Napoli.
Sabatini prof. Giuseppe - Roma.
Sala dott. Armando - Ronciglione.
Salvolini dott. Urbano - Ancona.
Sampietro prof. Gaetano - Roma.
Scala prof. Alberto - Roma.
Scelba dott.ssa Maria - Roma.
Schiboni prof. Luigi - Roma.
Sebastiani dott. Antonio - Roma.
Sebastiani prof. Valentino - Siena.
Senigaglia dott. Augusto - Roma.
Sella prof. Massimo - Madrid.
Sighinolfi dott. Giuseppe - Bologna.
Sigurtà prof. G. B. - Milano.
Silvan dott. Cesare - Venezia.
Silvestri prof. Silvestro - Roma.
Silvestri prof. Torindo - Modena.
Simonelli dott. F. - Siena.
Sisto prof. Pietro - Torino.
Solieri prof. Sante - Forlì.
Sorgente prof. Pasquale - Roma.
Squarti dott. Guido - Roma.
Stancanelli prof. Pietro - Catania.
Taddei prof. Domenico - Pisa.
Tangheroni dott. Dante - Asciano di Pisa.
Tessier dott. Giulio - Venezia.
Testi dott. Gino - Roma.
Trenti dott. Enrico - Roma.
Tron dott. Giorgio - Milano.
Valenti prof. Adriano - Parma.
Vallardi prof. Carlo - Milano.
Vanni dott. Vittorio - Roma.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Vigo avv. Alberto - Roma.
Villa dott. Luigi - Pavia.
Viola dott. Francesco - Torino.
Zalla prof. Mario - Firenze.
Zambler dott. Adelchi - Padova.
Zanelli prof. Carlo Felice - Bologna.
Zanetti prof. Giovanni - Brescello.
Zaniboni prof. Baldo - Padova.
Zapelloni prof. Lorenzo Cesare - Roma.
Zuccola prof. Pier Francesco - Cuneo.

INDICE GENERALE

Vol. XXIX - 1922

Indice per rubrica

LAVORI ORIGINALI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CONTRIBUTI ORIGINALI VARI.

LEZIONI E CONFERENZE.

RIVISTE SINTETICHE E CRITICHE. QUESTIONI DEL GIORNO. DALLA PRATICA, PER LA PRATICA.

COMMENTI - NOTE POLEMICHE. RIVENDICAZIONI.

MEDICINA E IGIENE SOCIALE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Discipline mediche ausiliarie.

Semiotica e diagnostica.

Terapia generale.

Medicina interna.

Chirurgia.

Neurologia - Psichiatria.

Altre discipline mediche speciali.

Generalità - Miscellanea.

INTERESSI PROFESSIONALI.

BIOGRAFIE - PROFILI - NECROLOGIE.

CONCORSI; NOMINE, PROMOZIONI E ONORIFICENZE, NOTIZIE DIVERSE: vedi alla fine dei singoli fascicoli.

SUNTI E RASSEGNE; APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO; AMMINISTRAZIONE E LEGISLAZIONE SANITARIA; CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE; ATTI PARLAMENTARI: vedi l'*Indice delle materie*.

Indice alfabetico delle Materie

A

C

D

E

F

G

H

I

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Indice alfabetico degli autori italiani e dei collaboratori

C

D

E

F

P

Q

R

S

T

U

V

W

Z

Indice alfabetico delle memorie originali pubblicate nell'anno 1922 sulla

Sezione Medica del " POLICLINICO "

Volume XXIX (1922)

LAVORI ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE E CRITICHE.

NOTE BIBLIOGRAFICHE.

Indice alfabetico delle memorie originali pubblicate nel 1922 sulla *Sezione Chirurgica del* « POLICLINICO »

Volume XXIX (1922)

MEMORIE ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE E CRITICHE.

ANNO XXIX Roma, 2 Gennaio 1922 Fasc. 1

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Per il 1922.

Ai Medici Italiani,

Il successo crescente di 28 anni non basta ad ispirare al "POLICLINICO„ il programma per l'anno prossimo. Un nuovo spirito lo anima.

Il contatto tra le nazioni è divenuto più esteso, i rapporti più intimi: la scienza s'è sempre più internazionalizzata, ma la gara fra le nazioni, per il predominio, è più accesa. Analogamente sono venute imponendosi in ogni nazione le ragioni delle masse. E i medici, che hanno rappresentato la classe in cui l'individualismo ha resistito di più, sono anche essi ormai tratti nel vorticoso movimento sociale.

Il "POLICLINICO„ non è stato, e non si propone di divenire, una ordinata raccolta di scritti scientifici o di osservazioni cliniche con qualche notizia, in fine, per chiusa: è un organismo forte ed elastico, che ha saputo evolversi secondo i tempi, e che dall'esperienza di ieri è spinto a rinnovarsi nel domani.

Non accordando quartiere sotto nessuna forma nè alla **réclame** *di prodotti farmaceutici nè alle infatuazioni di persone o di scuole, ha accolto quanto di meglio dalle Università, dagli Ospedali, dai pratici sia delle città, sia delle condotte s'è venuto producendo. Nulla ha chiesto agli autori altro che la onestà dei propositi e la serietà dell'opera: ai suoi collaboratori ha concesso l'accuratezza della stampa e ha assicurato la grande diffusione in Italia ed all'Estero.*

Gli autori italiani hanno prediletto pertanto il "POLICLINICO„. Con una accurata cernita dei lavori, esso ha saputo mantenere quel prestigio che deve essere in cima del pensiero di chi sente italianamente e sa quanto ciascun popolo sta ora oprando e tentando per prendere il suo posto nel mondo. Parallelamente il nostro periodico ha adempiuto al dovere di offrire, agli studiosi da un lato, ai pratici dall'altro un sunto preciso di quanto nel mondo medico si produce di positivo e di utile.

Il "POLICLINICO„ intende di compiere, per questa duplice via, la grande missione di estendere ed elevare la coltura in Italia, di intensificare i rapporti della nostra medicina con la medicina internazionale.

Il carattere severamente clinico e prettamente italiano che alle due Sezioni **medica** *e* **chirurgica** *hanno impresso BACCELLI e DURANTE sarà mantenuto dai loro successori, i proff. VITTORIO ASCOLI e ROBERTO ALESSANDRI, depositari della tradizione clinica dei grandi maestri e propulsori fecondi di idee e di sane energie. Più immediato, più vivo sarà l'influsso dei nuovi direttori. I fascicoli mensili avranno un numero cresciuto di pagine per costituire il vero archivio delle più importanti memorie originali, e per dare posto a riviste su argomenti scientifici, che nel momento, giovano più al progresso delle idee che non all'esercizio pratico.*

La Sezione Pratica, nata per armonico complemento delle due Sezioni scientifiche, e assorta presto all'indipendenza, per soddisfare alle giuste esigenze del medico nella coltura, nella vita professionale e nell'orbita sociale, seconderà e ancor più di prima si farà iniziatrice di quelle riforme, nel sistema dell'assistenza ai malati e nell'assestamento nuovo della nostra classe, che meglio convengono al miglioramento economico e morale dei medici. Essa sola, la Sezione Pratica, è sufficiente, sia per arricchire l'esperienza del medico, sia per assicurarne la protezione. Le riviste sintetiche e critiche originali che mettono il lettore a giorno di singole importanti questioni cresceranno di numero e di varietà; si avranno contributi di quelle lezioni dei nostri clinici, le quali costituiscono una legittima aspirazione dei medici pratici che nell'insaziato desiderio di sempre perfezionarsi sentono la nostalgia dei maestri amati. Meglio nutrita nelle sue rubriche, aumentata di pagine e stampata, in carta migliore, la Sezione Pratica sarà più che mai settimanalmente attesa con desiderio dal medico pratico, da anni abituato al puntuale arrivo del suo giornale.

Il "POLICLINICO„ per la robusta struttura e per la potente organizzazione amministrativa ha superato senza scosse l'aspro periodo della guerra e del dopo guerra: riprende ora con rinnovati ardimenti il suo apostolato per la elevazione e per la tutela della classe medica, per l'immancabile — se pur contrastato — rifiorimento dell'Italia unita.

LA REDAZIONE.

Roma, 1° dicembre 1921.

L'incremento incessante nel numero degli abbonati ci è cagione di vivo compiacimento, poichè esso attesta come di anno in anno si rafforzino, si consolidino e si estendano il favore e la stima della grande Famiglia medica italiana verso il nostro Giornale.

Con fede costante, immutabile, fervida, abbiamo affrontato i gravissimi ostacoli oppostici dalla guerra e dall'immediato dopoguerra e li abbiamo superati. Temprati al lavoro, proseguiremo con maggior lena, tranquillità e sicurezza per la nostra via.

Cedendo alle sollecitazioni della Redazione e degli abbonati concederemo, ogniqualvolta le esigenze lo richieggano, un maggior numero di pagine nella Sezione Pratica, affinchè questa possa accogliere un materiale sempre più copioso e più vario; miglioreremo anche la carta, per rendere più dignitosa la veste del Giornale. Tutto ciò faremo senza chiedere nuovi sacrifici ai lettori, poichè non ci avvince alcuna preoccupazione di materiale interesse, ma ci governa il proposito di dedicare al Giornale, cui siamo affezionati, tutte le risorse di cui esso può disporre.

Le due Sezioni Medica e Chirurgica saranno pure stampate in carta migliore ed ampliate in modo da rispondere appieno alle esigenze degli studiosi e dei pratici più colti; esse accoglieranno anche Riviste Sintetiche, Critiche ed Analitiche sui problemi più nuovi e più vivi della Patologia e della Clinica. Il prezzo d'abbonamento alle due Sezioni viene di poco aumentato; ma resta tuttavia tale da non giungere neppure alla *metà* di quanto costano altri periodici del genere.

L'Amministrazione, inoltre, non cesserà di procurare nuovi vantaggi ai suoi abbonati, offrendo loro, a prezzi di favore, utilissime pubblicazioni ed abbonamenti cumulativi a vari importanti periodici d'indole speciale; mettendoli con ciò in grado *di rivalersi in buona parte di quanto essi spendono per l'abbonamento al* *POLICLINICO.*

L'AMMINISTRAZIONE.

Per gli abbonamenti cumulativi e per le pubblicazioni a prezzo di favore, vedere all'ultima pagina del testo

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
diretto dal prof. LUIGI MANFREDI.

L'importanza delle diverse vitamine nella difesa immunitaria dell'organismo.

Ricerche sperimentali

del dott. MICHELE D'ASARO BIONDO.

La dottrina dell'alimentazione, qual'era stata stabilita da Bunge e Voit, ha dovuto subire, in questi ultimi anni, modifiche assai notevoli, in seguito alla scoperta — fatta per primo dall'Eykman nel 1897 — di nuove sostanze indispensabili per la nutrizione, delle quali è ancora oscuro il meccanismo d'azione e solo si ritiene; che esse influirebbero sul ricambio non tanto direttamente, quanto nel senso di attivare e regolare l'efficacia delle altre sostanze già note. Il che ha reso necessario di modificare opportunamente, nel campo dell'igiene, i criteri finora adottati, per potere giudicare del valore nutritivo di un dato cibo o d'un dato regime alimentare.

Queste nuove sostanze — chiamate *vitamine* dal Funk (1912), *fattori accessori della nutrizione* dal McCollum e dal Davis (1915) e che, stante la loro speciale attività, potrebbero anche chiamarsi « *trofostimoline* » —, sebbene chimicamente non ancora definite, hanno potuto essere distinte, secondo il modo di manifestarsi della loro azione, in tre gruppi:

a) La *vitamina A* — la cui mancanza genera, negli animali d'esperimento, dei disturbi dello sviluppo del corpo e in ispecie delle ossa e la xeroftalmia; è stata anche chiamata *vitamina antirachitica;*

b) La *vitamina B* — alla mancanza della quale conseguono, negli animali d'esperimento, dei disturbi nello sviluppo del corpo e inoltre dei fatti gravi di neurite (beriberi sperimentale); è stata perciò chiamata *vitamina antineuritica;*

c) La *vitamina C* — mancando la quale si hanno, negli animali di esperimento, oltre a disturbi dello sviluppo, effetti morbosi gravi di tipo emorragico e marantico; è stata chiamata *vitamina antiscorbutica.*

Si è venuto, dunque, a sapere che i danni di un sistema alimentare difettoso possono determinarsi non solo a causa di deficienze quantitative nella sua composizione da parte degli ingredienti noti, ma anche per effetto d'una speciale deficienza, per dir così, qualitativa, cioè per la mancanza totale o parziale dei nuovi fattori anzidetti.

Fra i danni accertati, che può produrre un sistema alimentare insufficiente, si sapeva esservi quello di rendere l'organismo più facilmente ricettivo alle infezioni, com'è stato in via sperimentale dimostrato da Canalis e Morpurgo con le note ricerche sulla perdita dell'immunità dei colombi verso il carbonchio, in seguito al digiuno.

D'altra parte doveva sembrare opportuno indagare quale influenza abbia — ammessa la sufficienza quantitativa del cibo — la sola mancanza di vitamine, riguardo ai poteri naturali di difesa dell'organismo contro i germi patogeni. In altri termini: quali i rapporti tra avitaminosi e malattie infettive?

Il primo autore, ch'abbia fatto delle ricerche sperimentali in proposito, è Solomon Zilva (*Biochemical Journ.*, v. XIII, p. 172, lugl. 1919). Quest'A. ebbe ad osservare che, in seguito alla *carenza dei tre fattori accessori della nutri-*

zione, non si nota, in generale, nei ratti e nelle cavie, sottoposti a vaccinazione antitifica, alcuna differenza nei titoli dell'agglutinina e dell'ambocettore, rispetto agli animali tenuti a regime normale.

Di recente il Petrognani, prendendo in esame l'immunità naturale, dimostrava che i colombi e i cani perdono la refrattarietà al carbonchio, quando vengono sottoposti ad *un'avitaminosi assoluta o totale*, cioè ad un regime alimentare (frumento per i colombi, carne per i cani — l'uno e l'altra autoclavati a due atmosfere per due ore) mancante di tutte le vitamine (Comunicazione all'Accademia Medico-Fisica Fiorentina, 27 gennaio 1921; *Igiene Moderna*, n. 5-6 del 1921).

In data posteriore apparivano, intorno a tale questione, altre ricerche del Guerrini (*Pathologica*, 15 settembre 1921), condotte similmente in modo da creare nei piccioni uno stato di *avitaminosi completa*, e con risultato analogo: la perdita dell'immunità al carbonchio.

Data la grande importanza dell'argomento, mi sembra non privo d'interesse pubblicare — qui per ora in succinto — i risultati di numerose indagini, iniziate fin dal dicembre scorso — dietro suggerimento e sotto la guida del prof. Manfredi — che differiscono da quelle sopra citate, in quanto ebbero di mira non la sola influenza dell'avitaminosi in toto, ma anche quella dei *differenti tipi di regimi nutritivi incompleti*, sullo sviluppo delle infezioni in animali naturalmente refrattari.

Prescelsi, come animali d'esperimento, i colombi — notoriamente immuni verso l'infezione carbonchiosa — e adottai come alimenti incompleti:

a) Il riso pulito e cotto in autoclave (un'ora e mezza a due atmosfere), col quale vengono a mancare le tre vitamine A, B, C;

b) Il burro, che contiene la sola vitamina A;

c) I piselli secchi, che contengono la sola vitamina B;

d) La cipolla, che contiene la sola vitamina C;

come bevanda somministravo l'acqua distillata. Si venivano così a stabilire, con detti alimenti, tutte le possibili forme d'alimentazione incompleta, da servire per le varie serie d'esperienze, e cioè:

1° Coll'alimentazione consistente in riso autoclavato ottenevo la mancanza delle vitamine A, B, C;

2° Coll'alimentazione consistente in riso autoclavato e cipolla ottenevo la mancanza delle vitamine A, B;

3° Coll'alimentazione consistente in riso autoclavato e burro ottenevo la mancanza delle vitamine B, C;

4° Coll'alimentazione consistente in riso autoclavato, burro e cipolla ottenevo la mancanza della vitamina B;

5° Coll'alimentazione consistente in piselli secchi ottenevo la mancanza delle vitamine A, C;

6° Coll'alimentazione consistente in piselli secchi e cipolla ottenevo la mancanza della vitamina A;

7° Coll'alimentazione consistente in piselli secchi e burro ottenevo la mancanza della vitamina C.

Sembrami anzitutto di capitale importanza, per la validità e l'esattezza dell'esperienze, il fare rilevare — com'è stato pure in precedenza notato dal Funk — che i colombi assumono spontaneamente il cibo (riso autoclavato) solo per i primissimi giorni (2-3-5 giorni al massimo), taluni solo per il primo giorno e che poi, se sono abbandonati a sè stessi, cessano dal mangiare e soccombono lentamente in seguito per il digiuno, senza sintomi polineuritici. I colombi, alimentati con piselli secchi, assumono detto cibo per un più lungo periodo di tempo, ma poi ne ingeriscono soltanto una troppo piccola quantità. Ho creduto quindi necessario praticare, fin dall'inizio della dieta incompleta, l'alimentazione forzata, per essere così sicuro di dovere attribuire all'avitaminosi — e non ad una lenta inanizione — i risultati conseguiti.

Durante il trattamento ho curato di esaminare:

1° se i colombi perdessero la naturale immunità per il carbonchio e quali delle vitamine A, B, C — isolatamente o variamente associate tra loro — avessero speciale importanza in proposito;

2° l'andamento del peso del corpo;

3° le modificazioni della formula leucocitaria;

4° i valori dell'indice opsonico del sangue per il bacillo del carbonchio.

Dai risultati ottenuti in un gran numero d'esperienze, mi sento autorizzato a trarre le seguenti conclusioni:

1. — Un esclusivo regime di riso autoclavato (mancanza delle vitamine A, B, C) o di riso autoclavato e cipolla (mancanza delle vitamine A, B) o di riso autoclavato e burro (mancanza delle vitamine B, C) o di riso autoclavato, burro e cipolla (mancanza della vitamina B) determina la morte dei colombi in un periodo di tempo variabile — dal quindicesimo al ventiquattresimo giorno dall'inizio di

una tale dieta —, con i sintomi della polineurite aviaria.

Con i suddetti regimi (*assenza costante della vitamina B*) si ha:

a) perdita dell'immunità naturale per il carbonchio. È da rilevare che l'inoculazione di carbonchio veniva fatta all'ottavo giorno dall'inizio della dieta suddetta e che la morte dei colombi, per setticemia carbonchiosa, si verificava tra un minimo di 38 ore e un massimo di 95 ore;

b) diminuzione del primitivo peso del colombo — dal 20 al 40 % circa;

c) leucopenia in genere con aumento notevolissimo e sempre crescente dei pseudoesinofili, riduzione estrema dei linfociti, comparsa — verso gli ultimi giorni di malattia — di forme di passaggio, di leucoblasti, di globuli rossi giovani;

d) diminuzione notevole e sempre più accentuata dell'indice opsonico del sangue per il bacillo del carbonchio.

2. — Un esclusivo regime di piselli secchi (mancanza delle vitamine A, C) o di piselli secchi e cipolla (mancanza della vitamina A) o di piselli secchi e burro (mancanza della vitamina C) non determina nei colombi, mantenuti per 80 giorni a tali diete, alcuna sindrome morbosa caratteristica, tranne un lieve arresto di sviluppo e la quasi abolizione del movimento spontaneo e del volo in ispecie.

Con i suddetti regimi e cioè con regimi, nei quali è *sempre presente la vitamina B*, si ha:

a) che i colombi non perdono la loro naturale refrattarietà al carbonchio, anche se inoculati dopo 80 giorni dall'inizio del regime.

b) che il peso aumenta di poco;

c) che la formula leucocitaria non subisce modificazioni rimarchevoli;

d) che l'indice opsonico del sangue, per il bacillo del carbonchio, dà valori quasi costanti.

Da queste ricerche si desume, dunque, che *basta la vitamina B nell'alimentazione, con l'esclusione delle altre, perchè il colombo conservi i suoi poteri difensivi naturali contro il carbonchio*. La vitamina B può, quindi, considerarsi come una regolatrice di tali poteri e cioè come una vera e propria «*immuntrofostimolina*».

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA DI TORINO.
Sezione medica diretta dal prof. E. MENSI.

Su di un caso di spalla ciondolante da paralisi infantile

del dott. LORENZO BOSCO, assistente volontario.

La spalla ciondolante è una lesione dovuta essenzialmente alla paralisi dei muscoli articolari, di quelli comunemente detti i legamenti attivi dell'articolazione scapolo-omerale.

Tale affezione è caratterizzata oltre che da una patogenesi bene definita, da fatti clinici evidenti.

Come si potrà trarre conferma dal caso clinico che riferisco, l'atrofia della spalla, ed il ciondolamento dell'omero che è assolutamente impotente a muoversi attivamente, costituiscono i fatti clinici più salienti di questa grave affezione, che ha inizio quasi esclusivamente nell'infanzia, ed è abitualmente esito di paralisi infantile, o di paralisi ostetrica, o, più raramente ancora, di traumi diretti che abbiano prodotto distacco epifisario. Questi, secondo Froelich, i tre fattori eziologici più comuni: per quanto di essi, il primo sia relativamente il più frequente, Heine, su 158 casi di tale affezione, riscontrò solo in due casi la spalla ciondolante. I trattati di Pediatria o non parlano di questa affezione od appena ne fanno cenno: nel più recente di essi, lo Pfaundler e Schlossmann, Zappert accenna a questa lesione come un esito quasi eccezionale della poliomielite.

Data quindi la discreta rarità della malattia, essendone occorso un caso nella Sezione Medica di questo Ospedale, caso in cui la lesione era associata ad una grave malformazione congenita della colonna vertebrale cervicale, ho creduto non inutile riferirlo.

G. Luigi, di anni 4, da Genova, ricoverato in Sezione il 13 luglio 1920.

La madre apparentemente sana, riferisce di non aver mai sofferto malattie degne di nota; ha avuto sei gravidanze, di cui due aborti e quattro parti a termine. I figli sopravviventi sono tre essendo uno morto di meningite. La gravidanza relativa al paziente fu regolare. Padre morto di tubercolosi polmonare.

Il nostro piccolo paziente nacque a termine di gravidanza da parto fisiologico, ebbe allattamento materno per tre mesi, indi artificiale fino a 12 mesi. Prima dentizione a mesi 7; primi passi a mesi 14. Soffrì di pertosse a 6 mesi, e di morbillo due mesi prima del suo ingresso in Ospedale. A detta della madre il bambino potè sempre compiere libera-

mente tutti i movimenti attivi e passivi del tronco e degli arti, ebbe però sempre in parte impediti i movimenti di lateralità del capo.

La malattia attuale esordì il 5 luglio con febbre alta (40°), vomito, rigidità della nuca, dolorabilità nei movimenti forzati del capo, alvo stitico. Il vomito durò solo 24 ore, non così la febbre che si protasse alta ed a carattere continuo per 4 giorni, divenendo quindi più lieve, intermittente. Dopo i primi 4 giorgi di febbre la madre notò che il bambino non poteva più eseguire nessun movimento degli arti superiori ed inferiori. In tali condizioni fu ricoverato (8 giorni dopo l'inizio della malattia).

E. O. 14 luglio 1920. — Bambino di psiche integra, del peso di Kg. 12,500, bene sviluppato, di costituzione normale, nutrizione generale buona, pannicolo adiposo e muscolatura bene sviluppati, pelle e mucose visibili rosee. Non edemi. Leggere note di rachitismo. Temperatura febbrile (38°). Micropoliadenopatia periferica; non ganglii epitrocleari. Pupille eguali; bene reagenti alla luce ed accomodamento; non nistagmo. Lingua patinosa; tonsille ipertrofiche, arrossate. Tiroide normale. Reperto polmonare: suono di percussione chiaro e respiro vescicolare su tutto l'ambito polmonare: respirazione regolare, frequente (36). Cuore in limiti normali, toni accentuati, puri. Polso uguale, ritmico, fr. 108. Addome di conformazione normale, trattabile, indolente, non ascitico, non meteorico. Fegato: si palpa a 2 cm. sotto l'arco costale. Milza appena palpabile. Genitali sani. Lieve rigidità della nuca; evidentemente il fenomeno di Kernig, specie a destra; non segno della nuca (Brudzinski). Sensibilità tattile, termica, dolorifica, senso stereognostico conservati. Spiccato dermografismo. Riflessi cutanei presenti: rotuleo presente a sinistra, vivace a destra; achilleo presente; Babinski a destra; fenomeno Nizzoli; controlaterale indentico. Il bambino non può reggersi in piedi. Gli arti superiori non possono assolutamente compiere alcun movimento; sollevati ricadono pesantemente; non sono impediti i movimenti passivi. Degli arti inferiori il bambino solleva liberamente il destro dal piano del letto; non così il sinistro che può essere solo a stento mosso e trascinato. Il capo pende ciondolante in avanti e di lato.

Fig. 1.
Radiografia eseguita dal dott. Lupo.

All'esame delle urine: lieve fosfaturia.

Intradermoreazione alla Mantoux sia con tubercolina umana che bovina: intensamente positiva.

Puntura lombare: il liquido fuoriesce a pressione leggermente aumentata: se ne estraggono circa 25 cmc. Non si forma reticolo del Mya. All'esame chimico si rileva: Reazione alcalina; sostanze riducenti in tracce; cloruri 7 ‰; R. di Boveri: positiva; albumina in tracce; R. di Nonne-Apelt: positiva; acetone: assente. Non elementi cellulari all'esame microscopico. Refrattometria: 1,33695. Sost. Proteiche 0,58 %.

Nei giorni immediatamente successivi, la temperatura del piccolo infermo si mantenne sempre intermittente con un massimo di 37°.8 alla sera: si affievolirono sempre più i fatti di reazione meningea (rigidità nucale Kernig). Il giorno 22 il bambino cominciò a compiere volontariamente leggeri movimenti dell'arto superiore sinistro, specialmente della mano: quasi contemporaneamente si ristabilirono i movimenti dell'arto inferiore sinistro. Un pò più tardi (il 2 agosto) si poterono osservare leggeri movimenti attivi dell'arto superiore destro.

Stabilita la diagnosi di poliomielite, appena cominciarono ad apparire i primi movimenti attivi degli arti superiori si iniziò l'elettroterapia, con applicazioni di corrente galvanica a giorni alterni, aumentando gradatamente la durata delle sedute.

Circa dopo un mese dall'inizio delle cure elettriche il bambino cominciò a reggersi in piedi. Dopo 2 mesi la paralisi si è nettamente circoscritta ai muscoli della spalla e del braccio: gli arti superiori sollevati cadono come corpo morto: le dita si muovono liberamente, si flettono, si estendono sulla mano, come pure il pugnetto sull'avambraccio. Non così l'avambraccio sul braccio. Il bambino riesce con molti sforzi strisciando sull'addome ed aiutandosi con le dita a flettere l'avambraccio destro sul braccio. Gli arti inferiori si muovono liberamente, ed il bambino tenuto per mano cammina. È residuato piede equino varo specialmente a sinistra.

L'8 ottobre si eseguisce nuova puntura lombare: si estraggono circa 25 cmc. di liquido limpido, incoloro, che fuoriesce a getto. Non si forma ragnatelo dopo 24 h.

Esame chimico: Reazione alcalina; Albumina: assente; Sostanze riducenti: tracce; Cloruri: 6 ‰; R. del Boveri: negativa; R. di Nonne-Apelt: negativa. Refrattometria a fresco: 1,33841; dopo ebollizione del liquido. 1,33641; Sostanze proteiche: 1,15 %.

Continuarono lenti ma regolari i progressi nella funzionalità degli arti inferiori, tanto che nel dicembre il bambino camminava bene e da solo; poteva pure muovere liberamente il capo che però conservava sempre una certa tendenza ad essere reclinato in avanti.

Durante tutta la prima metà del 1921 a tutt'oggi con metodo e regolarità si continuò l'elettro-terapia, sussidiata da frequenti bagni caldi e massaggi sia agli arti superiori che inferiori: mentre gli arti inferiori riacquistarono in toto la loro funzionalità, tanto che ora il bambino cammina bene e senza stancarsi, non altrettanto si può dire per gli arti superiori.

Ambedue le braccia infatti, nella posizione di «attenti», pendono inerti lungo il tronco; mentre la mano e l'avambraccio d'ambo i lati sono pressochè normalmente sviluppati, la spalla ed il braccio di sinistra sono colpiti da un'atrofia profonda; in grado assai minore sono pure atrofici il braccio e la spalla di destra. Ciò che più colpisce a prima vista è la deformazione della spalla sinistra: l'acromion sporge in alto e si disegna nettamente sotto la cute, così pure l'articolazione acromio-clavicolare in cui si nota notevole diastasi delle superfici articolari: subito sotto l'acromion vi è una depressione profonda circa un cm. e larga tre, quindi una rilevatezza data dalla testa omerale. La spina della scapola appare assai rilevata tra le fosse sopraspinata ed infraspinata che appaiono profondamente incavate per la notevole atrofia dei muscoli omonimi. Alla palpazione si nota sotto la cute un notevole sviluppo del tessuto adiposo sottocutaneo che maschera in parte la considerevolissima atrofia dei muscoli dei quali, si può dire, non sono rimasti altro che esili residui. Tra l'acromion e la testa omerale si può facilmente affondare il dito a causa della quasi totale scamparsa del muscolo deltoide e della grande rilassatezza della capsula articolare. Il braccio pure non presenta più quasi nessuna traccia di muscolatura e la sua circonferenza è di 2,1/2 cm. inferiore a quella del braccio destro. La lunghezza totale dell'arto in riposo a causa della rilassatezza articolare è di 2 cm. superiore a quella dell'altro.

La sensibilità è ovunque conservata sia a destra che a sinistra.

Invitando il bambino a muovere il braccio sinistro, per quanto si sforzi, non riesce che a muovere la scapola e ad imprimere un dondolamento passivo all'arto. I movimenti attivi dell'articolazione della spalla si compiono con una certa difficoltà a destra; infatti il bambino riesce per quanto con sforzo e con l'aiuto della mano che si aggrappa agli abiti a flettere l'avambraccio sul braccio e perfino a portare la mano sul capo. A sinistra tali movimenti sono impossibili. D'ambo i lati sono perfettamente conservati i movimenti delle dita, come pure i movimenti di pronazione, supinazione, flessione ed estensione del pugnetto, sempre però meno vivaci a sinistra che a destra.

I muscoli della spalla sinistra, o meglio gli esili residui di essi, reagiscono assai debolmente al passaggio della corrente galvanica; il m. deltoide si contrae al passaggio di una corrente d'intensità da 10 a 12 Mill. Amp.; il sopra- e sottospinoso ad una corrente di 14 Mill. Amp.; il bicipite ed il triciite brachiali ad una corrente di 8 Mill. Amp.

I muscoli omologhi del lato destro, reagiscono a correnti d'intensità minore (5-7 Mill. Amp.).

I muscoli dell'avambraccio sinistro e destro reagiscono bene a correnti di 5 Mill. Am. come pure i muscoli degli arti inferiori.

Esame radiografico:

All'esame radiografico della colonna cervicale si rileva la presenza di soli sei metameri cervicali. Le vertebre si presentano alquanto torbide. Gli spazi intervertebrali sono irregolari e vanno notevolmente diminuendo di ampiezza verso il lato sinistro. Alla spalla sinistra la costituzione ossea è regolare. Esiste notevole diastasi dell'articolazione scapolo-omerale e dell'articolazione acromio-clavicolare.

Fig. 2.
Radiografia eseguita dal dott. Lupo.

Si consigliano i parenti a ricorrere all'opera del chirurgo affinchè possa il piccolo ammalato a mezzo di opportuni apparecchi ortopedici od interventi operativi (artrodesi) riacquistare almeno in parte la perduta funzionalità del braccio.

Dalla chiara sintomatologia della lesione descritta appare evidente trattarsi di spalla ciondolante, cioè di una lesione prodotta dalla paralisi dei muscoli articolari. Per la paralisi di questi muscoli il braccio obbedisce alla gravità e la testa dell'omero si allontana dalla cavità glenoidea; perciò la capsula articolare e con essa i muscoli che la rinforzano i quali hanno perduta la loro tonicità, s'allungano sempre più, in modo che l'intervallo interarti-

colare si accentua. I muscoli interessati, e cioè il deltoide, il sopraspinoso, il sottospinoso, il bicipite ed il tricipite brachiale, sono innervati dal nervo ascellare, dal nervo sottoscapolare, dal n. muscolo-cutaneo, il primo e l'ultimo branche terminali, il sottospinoso branca collaterale del plesso brachiale. Questi nervi provengono dal V e VI paio cervicale: ciò ci permette di risalire esattamente al segmento del midollo che nel nostro caso è stato con maggiore violenza colpito dal processo poliomielitico.

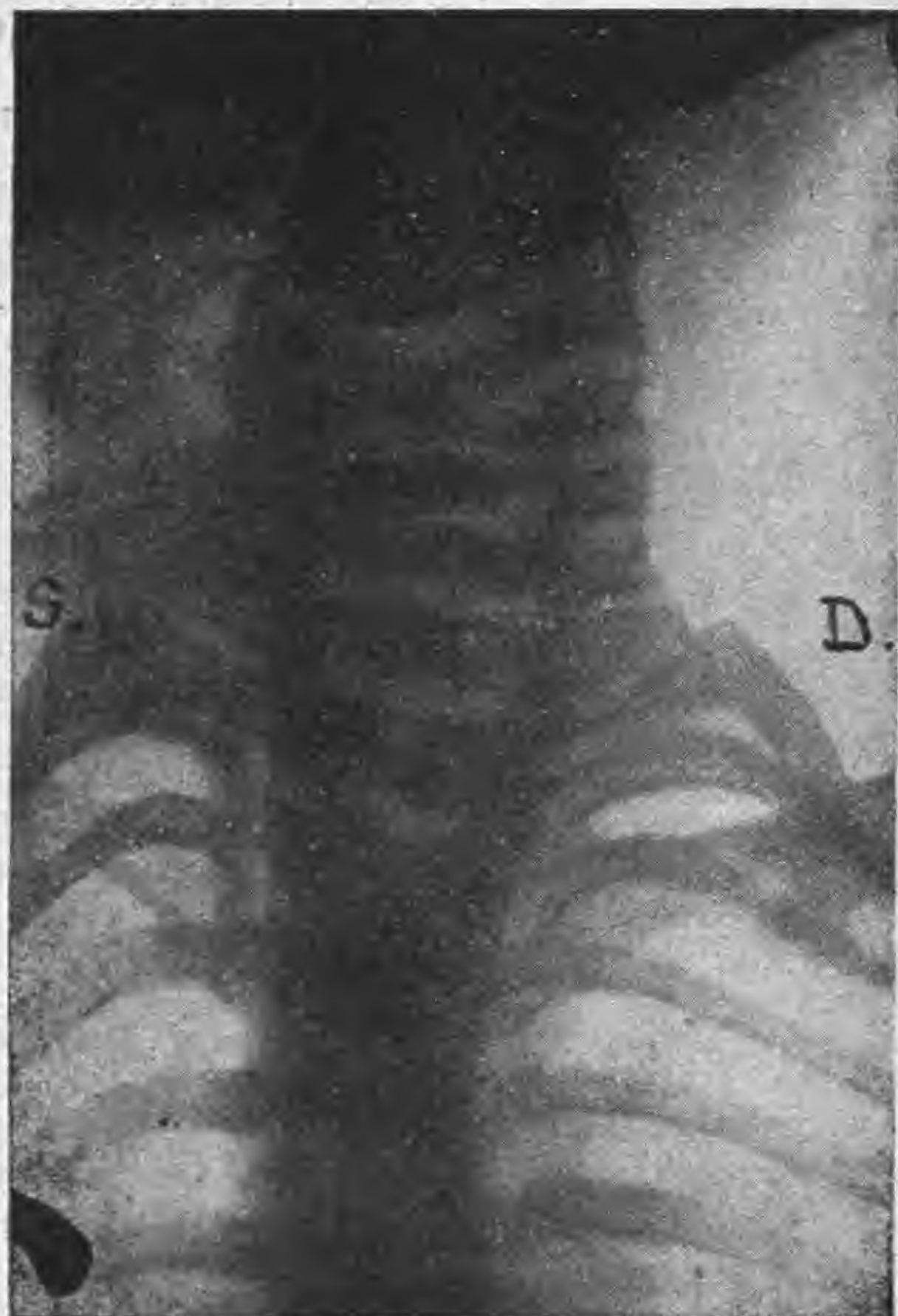



Fig. 3.
Radiografia eseguita dal dott. Lupo.

Come in ogni altro caso, anche nel nostro le lesioni nervose da prima estese a tutto il midollo si sono poi ridotte e localizzate, in modo si può dire permanente, ad un segmento limitato del rachide ed esattamente in corrispondenza di un gruppo di vertebre profondamente alterate da una malformazione congenita. Nella maggior parte dei casi descritti è perfettamente oscura la causa determinante il localizzarsi della lesione in un punto piuttosto che in un altro del midollo: nel mio caso, credo non debbasi considerare come semplice coincidenza l'avvenuta localizzazione della lesione nervosa al midollo cervicale ed alle radici nervose che da esso provengono, all'unico tratto cioè del midollo spinale che corrisponde ad una grave alterazione ossea. La malformazione congenita della colonna cervicale può avere a lungo andare determinato nel segmento di midollo corrispondente un *locus minoris resistentiae*, che, colpito dall'infezione contemporaneamente e con la stessa violenza di tutti gli altri segmenti ne riportò una lesione anatomo-patologica irreparabile.

***

Considerando quindi la particolare caratteristica del nostro caso in cui non ostante le assidue cure si è determinata paralisi agli arti superiori con esito in spalla ciondolante a sinistra, possiamo trarre le seguenti *considerazioni*:

1° Un'alterazione delle vertebre può facilitare il localizzarsi della lesione nervosa permanente al segmento midollare corrispondente all'alterazione ossea stessa.

2° Un'elettroterapia ben condotta, per lunghi mesi non è sufficiente, in casi ostinati ed estremamente gravi, ad impedire che la malattia compia il suo fatale decorso verso i suoi esiti più gravi.

OPERE CONSULTATE.

FROELICH: *De l'épaule ballante chez l'enfant.* Revue des maladies de l'enfance, febb. 1899.
PFAUNDLER e SCHLOSSMANN. Tratt. di Pediatria, vol. IV.

R. ISTITUTO DI STUDI SUPERIORI DI FIRENZE.
ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA
diretto dal sen. prof. GATTI.

Un nuovo caso di lussazione congenita del capitello del radio.

Dott. AMEDEO KRAUS, assistente, libero docente.

Riporto brevemente la descrizione di un caso di lussazione congenita del capitello del radio che ho potuto esaminare ambulatoriamente nella *Clinica Chirurgica Pediatrica* diretta dal Prof. Gatti, essendomi già trattenuto su questo argomento in una precedente nota sulla: *Lussazione congenita dell'anca associata ad altre lussazioni congenite* (*Clinica Chirurgica*, 1917).

Osservazione personale. — Si tratta di una bambina, figlia di un collega che gentilmente ha acconsentito di farmi esaminare e pubblicare il caso.

Anamnesi. Maria P., di anni 10, figlia unica, non ha precedenti famigliari nei quali si riscontrano deformità congenite, nè dati anamnestici degni di speciale rilievo. La prima infanzia è decorsa regolarmente. Il padre si è accorto da molto tempo della deformità del gomito sinistro della figlia, ma non producendo la deformità alcun ostacolo funzionale dell'arto, si è limitato a sorvegliare durante lo

sviluppo della bambina la parte, preoccupandosi che questa deformità non divenisse causa di impedimento funzionale dell'arto stesso.

Esame obiettivo. — La bambina è in condizioni generali ottime, ha masse muscolari e pannicolo adiposo bene sviluppati. La cute e le mucose visibili sono rosee. I vari organi ed apparati toracici ed addominali si presentano integri all'esame sistematico generale.

La bambina che è normalmente sviluppata e ben conformata nel resto del suo corpo, presenta il gomito sinistro in atteggiamento di valgismo più accentuato che di norma. Mantenendo l'arto in estensione e la mano in supinazione si osserva, oltre al valgismo, che, alla regione del gomito, anteriormente, verso l'asse mediano dell'arto, però un poco all'esterno, dove normalmente si ha una depressione orizzontale limitata dal tendine del bicipite, vi è una piccola tumefazione che alla palpazione si rileva essere il capitello del radio il quale è spostato in avanti e all'interno.

Posteriormente al gomito, nella sede anatomica dell'articolazione radio-omerale, si ha una lieve depressione; palpando profondamente si mette in evidenza il capitello radiale che si è spostato come sopra ho ricordato. Nella flessione dell'avambraccio sul braccio e pronazione della mano, si osserva che il capitello del radio ruotando sul suo asse longitudinale, in prima si allontana dall'omero verso l'esterno, quindi, continuando la flessione fino al massimo, va a collocarsi anteriormente all'omero, verso la cavità coronoide. I movimenti di flessione e di estensione dell'avambraccio sono possibili come di norma, però talvolta nel passare dalla estensione alla flessione si avverte un netto scroscio osseo-articolare e in questo caso la bambina accusa dolore alla parte. Questo scroscio si ode a breve distanza e si associa, alla palpazione, con un brusco salto del capitello del radio; quando non si ha lo scroscio, lo scatto dell'osso che si muove è più dolce.

Esame radiografico. — Nella radiografia del gomito sinistro ad arto esteso in posizione antero-posteriore, si osserva che il condilo esterno omerale è meno sviluppato che di norma e il capitello radiale si sovrappone all'ulna per oltre un terzo del suo volume, in più è spostato in alto e in avanti. Anche la tuberosità radiale è più accentuata che di norma. (Un identico esame radiografico fatto oltre tre anni fa, mostrava il radio lussato anteriormente, però non era spostato verso la parte mediana dell'omero).

Una seconda radiografia eseguita ad avambraccio in semi-flessione sul braccio e semi-pronazione della mano, mostra un allontanamento del capitello radiale dalla sua normale articolazione coll'omero con spostamento verso l'interno e l'avanti, la tuberosità del radio non è evidente sulla lastra, perchè l'osso è ruotato. Misurando sulla lastra radiografica il capitello del radio si presenta al davanti del processo coronoide e lontano da esso mm. 9. La radiografia in massima flessione dell'avambraccio, mostra il capitello radiale che è spostato in alto e in avanti e raggiunge quindi un livello superiore anormale in rapporto all'omero. La radiografia eseguita in senso latero-laterale e ad arto asteso, mostra che il radio nel suo terzo medio e superiore diverge dall'ulna e va a fissarsi al davanti del processo coronoide di questi, anteponendovisi completamente.

Diagnosi. Lussazione congenita anteriore del capitello del radio sinistro.

Dato che la bambina compie bene i vari movimenti dell'avambraccio sinistro e che ad eccezione del lieve dolore provocato dallo scroscio articolare che si ha talvolta al gomito, non presenta un quadro clinico preoccupante, non si interviene chirurgicamente.

***

I casi di lussazione del capitello del radio congeniti sono abbastanza frequenti nella letteratura e Blodgett (1906) considera questa lussazione come la terza per frequenza in confronto alle altre lussazioni congenite.

Andreini (1914) ha raccolto 116 casi di lussazione congenita del radio che sommati al caso già da me pubblicato ed al presente, tema di questa mia nota, portano la statistica a 118 così suddivisi: la lussazione bilaterale si è avuta 68 volte, cioè il 57,62 %, e la unilaterale 50 volte, cioè il 42,38 %. In questi 118 casi la lussazione posteriore si è avuta 65 volte, l'anteriore 37 volte, l'esterna 11 volte. In 5 casi si aveva la sola sublussazione. Il *sesso maschile* sarebbe rappresentato dal 75 % dei casi. Però bisogna osservare che questa statistica può, a mio vedere, subire delle modificazioni, poichè una limitazione di movimenti nel braccio di un maschio impressiona molto di più i parenti, per tutte quelle prevedibili conseguenze di limitazione di lavoro, che non in una femmina, specialmente quando la deformità non è molto grave e quindi non è improbabile che un buon numero di osservazioni sfugga alla nostra diretta indagine.

Non mi trattengo in questa breve nota, sulla eziologia e patogenesi di questa deformità, poichè in un mio precedente lavoro (Dott. Kraus. *Contributo allo studio delle deformità congenite degli arti.* Con 40 figure. Tip. S. Bernardino, Siena 1916) ho a lungo parlato sull'argomento.

In questo caso, più che di arresto di sviluppo, si dovrebbe parlare di deviato sviluppo. Nel mio sopra accennato lavoro, ho richiamato l'attenzione sui diversi processi di arresto, mancato, deviato, ipo- et ipersviluppo.

Nel mio caso, l'esame obiettivo e l'esame radiografico hanno messo in evidenza che il radio durante la flessione dell'avambraccio si allontana da prima col suo capitello dall'asse mediano dell'omero, poi ruotando all'esterno compie una evoluzione e si riporta lungo l'asse dell'omero. Evidentemente vi è una alterazione nella membrana interossea radio-ulnare e una maggiore lassità, o comunque alterazione strut-

turale nei ligamenti omero-radiali e radio-ulnari (ligamento collaterale radiale che rinforza la capsula fibrosa dell'articolazione del gomito, ligamento anulare del radio, la corda obliqua di Weitbrecht, ecc.).

Osservando le varie radiografie eseguite in diverse posizioni e atteggiamenti dell'arto si è osservato un notevole sviluppo del tubercolo radiale, che si eleva formando un triangolo il cui vertice ha un'apertura di circa 145 gradi. Questa ipertrofia ossea mette in evidenza una iperossificazione del radio la quale comprende sia l'aumento della sua lunghezza che il tubercolo. Questo ipersviluppo del tubercolo non è stato osservato dagli AA. che si sono interessati della lussazione congenita del radio, ma è stata illustrata come alterazione a sè. Avendo seguito il presente caso per quasi più di tre anni, si nota che la deformità è andata progressivamente accentuandosi ed una prova ne è lo scroscio articolare che prima non si aveva.

Il radio si è allungato, oltre il normale fisiologico sviluppo. L'allungamento del radio si può spiegare col mancato normale contrasto della sua superficie articolare con la superficie articolare dell'omero; lo sviluppo maggiore del tubercolo del radio deve dipendere da stimoli che hanno agito, o nella vita intra-uterina, o nella vita extra-uterina su di esso.

La deformità, nel mio caso, tende lentamente, ma progressivamente ad accentuarsi.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE DI ALESSANDRIA.
SALA E DISPENSARIO DERMOCELTICO
diretti dal dott. CORTONA.

La galattoterapia nelle malattie veneree e della pelle

per il dott. MARIO ARTOM.

La proteinoterapia aspecifica venne in questi ultimi tempi su larga base tentata nelle più varie forme morbose e spesso ha dato lusinghieri risultati che una vasta letteratura attesta.

L'origine di tale metodo di cura risale alle numerose osservazioni che andarono man mano togliendo alla siero e vaccinoterapia il loro valore di terapia elettiva per ogni singola forma morbosa, e dando invece loro valore terapeutico non specifico.

È noto infatti come subito dopo gli splendidi risultati ottenuti con la vaccinoterapia e sieroterapia omologa vennero esperienze dimostranti come materiali aspecifici bacterici e non bacterici potessero svolgere azione importante sul decorso di determinate malattie infettive. Tali esperienze attribuite all'inizio ad errori di osservazione o a reperti causali andarono man mano accrescendo di numero e di valore ed affermandosi.

Alle prime esperienze del Rumph, che sin dal 1893 curò casi di infezione tifosa con iniezioni sottocutaneee di culture uccise di bacillo piocianeo, seguono le esperienze del Cantù che nel 1897 mette in rilievo l'efficacia curativa del siero antidifterico nella polmonite crupale, del Centanni che già dal 1894 ha iniziato varie esperienze coi vaccini polivalenti aspecifici, e in seguito le prove del Fränkel, del Galambos, del Jobling, Miller, Muller e Weiss, Lucksch, Jupink, Ischikava, Micheli e Quarelli e molti altri che adoperano bacteri patogeni vari nell'infezione tifosa pneumococcica, e in forme artritiche. Tali esperienze rendono sempre più attendibile l'idea che l'agente attivo sia rappresentato, non da un fattore specifico, ma da una proteina generica contenuta nel corpo bacterico o nella emulsione bacterica e fanno sì che nelle ricerche si trascuri l'elemento specifico e si rivolgano le esperienze alla ricerca dell'azione delle proteine semplici o dei derivati albuminoidei. E qui si potrebbe citare una serie lunghissima di esperimentatori che ricorsero alla proteinoterapia sotto le più svariate forme: con iniezioni di latte (Schmidt, Stark, Miller, Saxal, Muller e Thanner, Edelmann, Monguzzi, Mo-

rini, Ambrosoli, ecc.), con nucleina, albumose, peptoni, ecc. (Nolf, Jobling Miller, ecc.), con sieri normali di uomo, di cavallo, di cane, ecc. (Schmidt, Pansini, Luthelein, ecc.

La generalizzazione di tale concetto ha fatto sì che anche nella colloidoterapia si vada da qualcuno togliendo ogni valore alla sospensione metallica, per attribuire i buoni risultati ottenuti all'introduzione del semplice veicolo colloidale.

Il meccanismo di azione degli elementi proteici nell'organismo è ancora «sub judice».

Le teorie più importanti in proposito si possono riassumere così:

1° L'introduzione delle proteine determinerebbe nel protoplasma cellulare un fatto reattivo che cerca di distruggerle o trasformarle; si avrebbe così un esaltamento di tutti i poteri di difesa dell'organismo che agirebbero di conseguenza sull'infezione primitiva.

2° La teoria seguita dal Centanni e dal Friedberger secondo la quale accanto ai sintomi specifici di ogni infezione esisterebbero delle manifestazioni che, non avendo carattere di specificità sarebbero comuni a tutte le malattie e dovute a veleni generici, dal Centanni detti proteoplastici, originàti dal disfacimento dei bacteri. Su tali manifestazioni, che, sempre secondo il Centanni, sarebbero le più gravi, l'organismo agirebbe mediante fermenti che verrebbero messi in circolo sotto lo stimolo provocato dalle sostanze bacteriche introdotte.

3° All'introduzione del materiale proteinico corrisponde una immediata leucopenia a cui sussegue una leucocitosi abbondante, a tipo prevalentemente polinucleare, con messa in circolo di forme reattive mielocitiche e mieloblastiche che renderebbe più intensa la capacità di difesa dell'organismo.

Senza valore è per i più la teoria che attribuisce l'azione terapeutica delle proteine alla azione pirogena dell'elemento stesso (teoria che ha fatto anche definire termoterapia la proteinoterapia aspecifica). Numerose sono infatti le osservazioni di casi decorsi senza notevoli rialzi febbrili che hanno avuto esito in guarigione perfetta. È ormai esclusa la teoria che attribuisce a ictus anafilattico l'azione in parola poichè non venne mai riscontrata la presenza in circolo di eosinofili e di elementi regressivi. Nè ha avuto seguito la teoria secondo la quale l'introduzione parenterale di sostanze proteiche mobilizzerebbe anticorpi bacterici specifici preesistenti.

Senza voler giudicare tra queste varie vedute, credo opportuno però citare in proposito i risultati delle esperienze personali. In alcuni pazienti, in cura, feci prima dell'iniezione di proteina e dopo quattro, otto, dodici ore dall'iniezione il conteggio dei globuli rossi e bianchi mediante Thoma-Zeiss e la determinazione della formula leucocitaria previa colorazione con Giemsa. Ora, l'esperimento praticato in tal modo ha concordemente fatto notare una spiccata diminuzione del numero dei globuli rossi permanente per tutto il periodo di esame a cui corrispondeva una leucopenia intensa nell'esame praticato quattro ore dopo l'iniezione, mentre dopo otto e specialmente dopo dodici ore verificai costante leucocitosi. A scopo di esemplificazione ho fatto una media tra i risultati ottenuti in dieci casi esaminati dopo la prima iniezione ed ho ottenuto i seguenti risultati:

	Globuli rossi	Leucociti
Avanti la iniezione	4,950,000	10,000
Dopo 4 ore	4,700,000	8,500
Dopo 8 ore	4,700,000	11,000
Dopo 12 ore	4,400,000	12,100

Tali variazioni sono meno appariscenti ma costanti negli esami praticati sugli stessi pazienti dopo le successve iniezioni.

Circa la formula leucocitaria ho notato che le leucopenia è quasi totalmente a carico dei polinucleati, mentre già durante essa si nota una linfocitosi che si accentua durante tutto il periodo di esame. Si nota poi un aumento dei mononucleati abbastanza precoce a cui segue durante il periodo di leucocitosi un aumento di polinucleati. Si ha costante diminuzione degli eosinofili e aumento delle forme di passaggio.

Il numero notevole di pazienti sottoposti a propteinoterapia nel nostro reparto mi ha spinto a stendere questa breve nota: Usai nella quasi totalità dei casi latte di mucca sterilizzato mediante prolungata ebollizione. In pochi casi usai il latte antiformiato bacterizzato «Gala» preparato dal prof. Volpino. Le iniezioni furono praticate con i soliti accorgimenti usati per le iniezioni di preparati insolubili, vale a dire avendo cura di penetrare profondamente nelle masse muscolari e di evitare i vasi sanguigni.

Iniziai di solito con dosi da 2 a 4 cmc. e praticai le iniezioni a giorni alterni aumentando sempre della quantità inizialmente usata. Arrivai in tal modo a oltrepassare in molti casi i 10 cmc. e giunsi in qualche caso a iniettare 16 o 20 cmc.

Curai in tal guisa 58 malati di ulceri veneree complicate da adenite inguinale; curai inoltre un caso di purpura reumatica, tre casi di eczema secco, due casi di prurito tossi

co, due casi di orchite e due di salpingite di origine gonococcica.

Dai risultati ottenuti si possono trarre queste conclusioni: Nelle adeniti inguinali la cura diede in generale esiti brillanti. La galattoterapia ebbe buona influenza sui casi di adeniti iperplastiche; sin dalle prime iniezioni di latte si ebbe scomparsa del dolore, sia spontaneo che provocato, e diminuzione dell'arrossamento e dell'edema cutaneo; a poco a poco andò diminuendo il volume e aumentando la consistenza della ghiandola sino a sopravvenuta guarigione completa.

Nei casi di bubboni con fluttuazione centrale e flogosi periadenitica si ebbe rapida diminuzione di questa, scomparsa del dolore, e anche notai riassorbimento del pus, residuando una piastra di lieve indurimento, che fa supporre esistenza di tessuto cicatriziale sottocutaneo. In tutti i casi di adeniti iperplastiche e di bubboni con fluttuazione centrale trattati, si ebbe guarigione senza incisione.

Nei casi in cui si aveva suppurazione inoltrata con fluttuazione su tutta la ghiandola si ebbe scomparsa dell'infiltrato perighiandolare, diminuzione del rossore e dell'edema cutaneo, limitazione del focolaio di suppurazione, e nei casi in cui si dovette intervenire con successiva incisione si ebbe esito di pus di carattere assai diverso dal comune pus del bubbone inguinale, più liquido, sieroso o sierosanguinolento, e si ebbe più rapida riparazione della ferita.

Non altrettanto brillanti e poco probative per la limitata casistica sono le esperienze della galattoterapia in malattie cutanee. Negli eczemi secchi non ho riscontrato alcun beneficio notevole. Il caso di purpura reumatica curato ebbe rapida guarigione, ma non si potè stabilire se questa si debba alla propteinoterapia, o alle comuni cure antireumatiche a cui contemporaneamente si ricorse. Miglior esito si avrebbe avuto nei due casi di prurito tossico trattati in cui si ebbe un miglioramento subito dopo le prime iniezioni, miglioramento che fu reso stabile a quanto pare dalle successive. Uno di questi pazienti è tuttora in cura e vanta un sensibile miglioramento. Le orchiti e le salpingiti gonococciche migliorarono, ma la proteinoterapia aspecifica non diede in questi casi i risultati rapidi e costanti che si ottengono con la vaccinoterapia antigonococcica.

La tolleranza in generale fu assai buona. All'infuori di pochi casi con dolenza all'arto di lieve durata e con leggero alone infiammatorio intorno al punto dell'iniezione, null'altro fu notato.

La reazione febbrile fu in alcuno assai intensa. Di solito si iniziò quattro ore dopo la iniezione per raggiungere il suo acme dopo sei od otto ore. Alle prime iniezioni i malati raggiunsero temperature da 38° a 39,5° e si è notato costante diminuzione della reazione febbrile nelle successive iniezioni.

Non si ebbero mai fatti di natura anafilattica, nè altre gravi complicazioni.

Dal complesso delle osservazioni si può dedurre dunque che è consigliabile ricorrere alla proteinoterapia aspecifica specialmente per la cura dell'adenite da luceri veneree sia iperplastica che suppurata; e che da tal genere di cura si debbono sperare anche buoni risultati per le malattie cutanee di origine tossica.

MEDICINA SOCIALE.

La visita medica prima del matrimonio.

Dando un rapido sguardo alle statistiche sanitarie dei casi di tubercolosi, di lue e di alcoolismo, che si sono verificati dopo la guerra europea, c'è da domandare come mai lo Stato non abbia ancora posto un freno al dilagare di questo flagello della Umanità.

Solo chi esercita la professione del Medico, il quale è sempre, più d'ogni altro, al contatto col prossimo, sa quanta miseria e quanto danno procurano la lue, la tubercolosi e l'alcoolismo.

Quante giovani donne, che si accingevano al matrimonio, con la fiduciosa speranza in un avvenire migliore e che sognavano di avere figli vivaci e sani, sono state deluse perchè il consorte, privo di ogni senso di quella responsabilità, che ogni uomo dovrebbe avere verso la compagna della vita e verso la prole, era luetico, o tubercolotico o alcoolizzato.

Gli asili per l'infanzia, le cliniche pediatriche, sono pieni di bimbi predisposti alla tubercolosi, o eredo-luetici o neuropatici.

Le sale celtiche sono, oggi, in misura spaventosa, popolate da giovani madri che hanno contratto dallo sposo la lue; di balie infettate da lattanti luetici.

È fantastico il numero di questi disgraziati ed è infinitamente dolorosa la constatazione di questi fatti.

Il medico che esce dalla casa di una di queste famiglie provate da una delle suddette entità morbose, ha l'animo angosciato, straziato e prova un senso di commiserazione e di raccapriccio insieme.

Se non vogliamo che, a un tempo non lontano, le carceri ed i manicomi alloggino milioni e milioni di individui deliquenti o paz-

zi, che i nosocomi siano affollati da ammalati di tal genere e che la prostituzione, di già troppo diffusa, non innondi ogni via di ogni città ed ogni villaggio dobbiamo, senza indugio, e con la massima energia porre un freno al dilagare di queste malattie, fonti di delinquenza e di miseria!

Il Messico, ad esempio, ha da tempo una legge che obbliga i candidati al matrimonio di presentare all'Ufficiale di Stato Civile un certificato medico che attesti lo stato di salute dei promessi sposi e che in essi la siero-reazione di Wassermann sia riuscita negativa.

Qualora poi uno od entrambi i contraenti risultassero affetti da una malattia che, a giudizio dell'Ufficiale di Stato Civile, può essere nociva alla prole o all'altro coniuge, il matrimonio non è celebrato.

Non nego che una legge simile rappresenti, in un certo modo, una violazione della libertà e del sentimento umano più intimo e più delicato. E, d'altra parte, si può anche obbiettare che è facile procurarsi un certificato medico che comprovi l'ottimo stato di salute, per quella detestabile e quanto mai dannosa arrendevolezza che hanno parecchi sanitari, poco coscienziosi.

Così pure non mi sembra giusto lasciare all'arbitrio di una autorità comunale qualunque, incompetente in medicina, la celebrazione del matrimonio.

Si è voluto anche dire, e giustamente a mio avviso, che vietando il matrimonio ad ammalati di tal genere si aumenterebbe il numero, già enorme, dei figli illegittimi degeneri e quello delle unioni illegali dei genitori.

Ma sta di fatto che la facoltà di sposarsi concessa, senza alcun limite, ad individui ammalati ed avariati rappresenta un delitto verso la prole, una sciagura verso l'altro coniuge e un immane pericolo per lo Stato.

Di fronte a tale considerazione così giusta ed umanitaria, cade, a mio avviso, o si riduce a poca cosa, la protesta di coloro che ritengono tale legge una violazione della libertà dell'uomo.

Di maggior efficacia e più umana è la legge che vige in Norvegia e in Svezia.

Secondo tale legge i fidanzati debbono, alla vigilia della loro unione, scambiarsi un certificato medico, dal quale risulti il loro stato di salute e del quale l'Autorità, che celebra il matrimonio, non prende visione.

Con questa legge si lascia agli sposi la piena ed intiera responsabilità del loro avvenire e di quello della loro prole, senza violare minimamente la loro libertà.

Anche qui c'è da fare la stessa obbiezione che cioè è facile procurarsi da un medico qualunque un certificato di tal genere.

Epperò tale disposizione ha un valore educativo di grande efficacia per l'avvenire della famiglia e per la prosperità dello Stato, e, certamente, un'efficacia superiore a quella che si possa ottenere con una legge restrittiva della libertà.

Da quanto ho brevemente accennato, a me pare che meglio sarebbe pretendere dall'Autorità comunale un certificato medico, rilasciato da un sanitario competente e coscienzioso, dal quale risulti soltanto che i promessi sposi sono stati visitati, e basta.

In questo modo l'Autorità non conosce lo stato di salute dei candidati al matrimonio, ma ha in pari tempo la certezza che essi hanno subito la visita medica e sono a conoscenza reciprocamente, delle loro condizioni di salute e dei danni cui essi e la prole, nel caso che uno di essi od entrambi risultassero tarati o ammalati, andrebbero incontro.

Io credo che anche in Italia sia già, da tempo, suonata l'ora, di pensare seriamente a porre un limite a questo disastro sociale e di fare qualche cosa di meno imperfetto di quello che, già da anni, altre Nazioni civili hanno fatto!

Non mi nascondo però le difficoltà che sorgono nel mettere in pratica tali provvedimenti e comprendo benissimo che sono lungi dalla perfezione, ma è innegabile che essi renderebbero un grande servizio alla Società ed alla Nazione.

Ritengo poi che col tempo, la cosa diverrà così abituale, che entrerà nella consuetudine, come la richiesta delle condizioni economiche e delle qualità morali.

Vorrei augurarmi che queste brevi considerazioni segnassero l'inizio, fecondo di resultati, di uno studio così importante e complesso e altrettanto urgente e necessario; sul quale sarebbe opportuna e doverosa l'opinione dei Colleghi. In tal modo si aprirebbe la via ai Legislatori ai quali spetta colmare una lacuna, così grave, del nostro Codice.

Milano.

Dott. CARLO GASPARINI.

DALLA PRATICA, PER LA PRATICA

Il metodo Beck.

I fratelli Beck e sopratutto E. G. Beck (di Chicago) descrissero nel 1908 i vantaggi che presentano le iniezioni bismutate fatte a scopo diagnostico per lo studio radiologico dei tragitti fistolosi: essi stessi poi scoprirono il valore terapeutico di queste iniezioni nel trattamento delle tubercolosi aperte.

Numerosi lavori sono stati successivamente pubblicati su questo metodo usato sia a scopo diagnostico, sia a scopo terapeutico, il cui valore però è andato diminuendo e non è più quello che avevano loro attribuito i fratelli Beck.

Le paste bismutate usate dai Beck erano quattro diverse per consistenza e per grado di fusione in quanto ne variava la quantità di cera, di paraffina e di vasellina.

Pasta I. —	Sottonitrato di bismuto	parti	33
	Vasellina	»	67
Pasta II. —	Sottonitrato di bismuto	parti	30
	Vasellina	»	60
	Cera bianca	»	5
	Paraffina a 49°	»	5
Pasta III. —	Sottonitrato di bismuto	parti	30
	Vasellina	»	50
	Paraffina a 49°	»	10
	Cera bianca	»	10
Pasta IV. —	Sottonitrato di bismuto	parti	30
	Vasellina	»	35
	Paraffina a 49°	»	25
	Cera bianca	»	10

La III e la IV furono usate da Jos. C. Beck, otorinolaringoiatra, per i seni della faccia e le cavità dell'orecchio; in chirurgia generale sono state usate quasi esclusivamente le paste I^a e II^a

Beck raccomanda di scaldare la vasellina per un certo tempo a 100°, e di versarvi poi il bismuto un poco per volta agitando e mescolando; si riempie allora con il miscuglio che è sterile una siringa di vetro sterilizzata a secco, in modo che non vi sia affatto traccia di acqua che possa mescolarsi colla pasta bismutata.

Dujarier invece prepara il miscuglio e poi lo fa conservare in flaconi che lascia nella stufa a secco a 110° per una mezz'ora: al momento di servirsene immerge il flacone in un bagno-maria di acqua calda, e prima di riempire con il miscuglio la siringa, lo agita con una bacchetta di vetro sterilizzata; la siringa deve essere scaldata a 40° circa, e a tale scopo Dujarier aspira e ricaccia con essa dell'acqua sterilizzata. Questo autore, contrariamente a Beck, crede che le goccioline di acqua che possono restare nella siringa non rechino alcun disturbo.

Beck usa le siringhe di vetro che si adoperano per le iniezioni uretrali, Dujarier delle siringhe in vetro e metallo coll'estremità conica e smussa e della capacità di 30 cc^3.

Si disinfetta l'orificio della fistola con alcool e poi si inietta la pasta sotto debole pressione per evitare che si rompano le pareti del tragitto, come accadde a Steinmann, e si prolunga l'iniezione fino a che il paziente non accusa un certo senso di tensione. Nei casi di più fistole comunicanti fra loro si fa l'iniezione attraverso una delle fistole mentre si tengono chiuse le altre con garza.

Max Brandes ha consigliato d'introdurre lungo il seno fistoloso fino al fondo una sonda di gomma e di iniettare la pasta attraverso di essa.

Beck inietta da principio la pasta n. 1 e passa al n. 2 soltanto quando la secrezione della fistola è cessata quasi del tutto e non v'è da temere più alcuna ritenzione. Fatta l'iniezione, per impedire che il liquido esca, basta tenere un tampone per 1 o 2 minuti sull'orificio della fistola: la pasta si solidifica abbastanza rapidamente.

Quando l'iniezione è fatta a scopo terapeutico, sebbene Beck dica di avere avuto delle guarigioni dopo una sola iniezione, la maggior parte degli autori ritengono che tale fatto rappresenti un'eccezione e che bisogna ripeterle. Per lo più nei giorni successivi alla prima iniezione esce dalla ferita pus mescolato a pasta: a poco a poco la secrezione diviene siero-purulenta, poi sierosa, e non vi si trova più mescolata la pasta iniettata. È il momento di fare una seconda iniezione. Pur non essendovi regole fisse, si può ritenere che le iniezioni debbono esser fatte una per settimana. Dopo l'iniezione l'infermo accusa talvolta dolore e presenta elevazioni di temperatura.

In quanto al modo di azione della pasta bismutata probabilmente essa esplica un'azione meccanica, distendendo il tragitto, impedendo alle superfici suppuranti di accollarsi e di creare quello stato di macerazione favorevole al moltiplicarsi dei microbi, e nello stesso tempo esercita anche un'azione battericida e antisettica dimostrata sperimentalmente da Kocher fin dal 1882. Secondo Baer e Don poi il sottonitrato di bismuto in presenza dell'acqua dei tessuti ed alla temperatura del corpo si decomporrebbe sviluppando acido nitrico che sarebbe l'agente del processo di guarigione.

Beck aggiungeva talvolta alla pasta per renderla più attiva della formalina all'1 per 100 ed anche del salicilato di stronzio per renderla più radioattiva, sottoponendo, dopo fatta l'iniezione, la regione all'azione dei raggi X. Ma queste modificazioni non hanno dato i risultati che l'autore se ne riprometteva.

Certamente il valore diagnostico dell'iniezione delle paste di Beck è di prim'ordine. Esse permettono di ben precisare coll'esame radiologico la direzione, il punto di origine, la forma dei seni fistolosi, così come non è possibile fare con nessun altro metodo, e numerosi sono oggi i casi nei quali esse hanno permesso di correggere degli errori di diagnosi clinica.

In quanto al valore terapeutico i risultati sono più discordi: il metodo di Beck fu applicato sopratutto nelle tubercolosi aperte, fistolose, ma anche in altre fistole ribelli postoperatorie, stercoracee o d'altra natura, in quelle consecutive a nefrectomie, nelle fistole pleuriche post-empiematose, nelle fistole da processi ossei non tubercolari, e da Beck e Pennington nelle fistole anali, per le quali occorre usare la pasta più densa perchè non si diffonda nel lume intestinale, ed infine nelle suppurazioni delle cavità annesse alle fosse nasali ed all'orecchio medio, e da Beck, Ridlon e Blanchard negli ascessi freddi chiusi previo svuotamento.

Ma, come ho detto, i pareri riguardo ai risultati ottenuti sono discordi, ed anzi quelli più recenti sono contrari all'uso di questo metodo.

Mentre Beck sopra 192 casi affermava di aver avuto una percentuale di guarigioni del 64 % e Pennington sopra 17 casi una percentuale di guarigioni del 76 %, il Don di Edimburgo affermava di aver avuto appena il 17 % di guarigioni ed il Dollinger solo il 12 %.

I Beck ritengono che i risultati negativi dipendano dalla presenza di corpi estranei o di sequestri, oppure da una tecnica imperfetta: è necessario, essi dicono, che la pasta sia sufficentemente fluida per penetrare in tutte le anfrattuosità di tutti i diverticoli fistolosi, e che la cavità sia completamente riempità; anche la qualità del bismuto usato avrebbe una grande importanza perchè le ricerche fatte da Dunning, avrebbero dimostrato che vi sono campioni di sottonitrato di bismuto i quali possono dare acido nitrico, che, come abbiamo visto, sarebbe l'agente della guarigione, in quantità 5 e 10 volte maggiore di altri campioni.

Ma l'osservazione più grave da fare al metodo di Beck è che si sono verificati dei casi d'intossicazione grave da assorbimento di sottonitrato di bismuto la cui azione tossica era già prima conosciuta fin quando lo si usava solo per applicazioni esterne.

Eggenberger, Don, Baccus, pubblicarono i primi casi d'intossicazione consecutiva ad iniezioni di pasta bismutata nei tragitti fistolosi.

David e Kauffmann alla LIX Riunione della Società medica dell'Illinois ne comunicarono vari casi, concludendo che essi sono più comuni di quanto non si creda, che l'intossicazione si può produrre da 10 giorni a 6 settimane dopo la prima iniezione, che essa si manifesta con una stomatite molto simile a quella mercuriale, e poi con nefrite (le urine contengono anche bismuto), e con fenomeni nervosi e gastro-intestinali; talvolta l'esito è letale.

Per evitare l'intossicazione Beck consigliò di non iniettare più di 100 cc^3 di pasta al 10 % e di assicurarsi sempre che essa possa nei giorni successivi uscire facilmente insieme alla secrezione. Se si manifestassero dei segni di avvelenamento Beck consigliò di estrarre la pasta bismutata iniettando nella fistola dell'olio di oliva sterilizzato caldo e lasciandolo per 12-24 ore; esso rende la pasta liquida e permette di estarla coll'aspirazione.

Ma malgrado che queste precauzioni fossero osservate, si ebbero egualmente casi di intossicazione grave ed anche mortali da Ely (*Medical Record*, vol. LXXXI) Jensen (*Münchener Medizinische Wochenschr.*, vol. LX) ed altri. Brandes poi (*Münchener Medizinische Wochensch.*, vol. LIX) descrisse un caso con esito letale nel quale l'autopsia permise di constatare che in un polmone vi era una grossa arteria completamente ripiena di pasta di Beck la quale giungeva fino nelle più sottili ramificazioni vasali; piccoli emboli di pasta bismutata furono trovati anche nelle arteriole cerebrali, spleniche, renali, mesenteriche (1).

Nel 1914 Dombrovsky per evitare l'intossicazione, usò con successo iniezioni di semplice vasellina sterilizzata (già usata da Rovsing nelle artriti con diverso scopo), in quanto che secondo le esperienze di Rost, l'agente del processo di guarigione nell'iniezione di pasta bismutata non sarebbe il bismuto, ma la vasellina. Non so se altri abbia usato questo metodo con successo: certo sarebbe da tentare.

L. DOMINICI.

(1) Questo pericolo di gravi intossicazioni ha diminuito notevolmente il grande favore che il metodo di Beck aveva incontrato malgrado che l'A. abbia ancora vantato dei successi (Beck: *Surg., Gynec. Obstetr.*, vol. XXII).

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

La malattia di Basedow e le capsule surrenali.

(HELIODORE SWIECICKI. *Presse médicale*, n. 67).

Le teorie che attribuiscono questa malattia a disturbi del simpatico, del pneumogastrico, del midollo allungato, della glandola tiroide e la teoria jodica e la nevrosi non possono spiegare in maniera plausibile tutti i sintomi principali e secondari del morbo di Basedow. Meglio ciò può essere spiegato, ammettendo la malattia di Basedow come il risultato d'una superattività patologica del tessuto cromo-assorbente, rispettivamente delle capsule surrenali, di cui il centro preposto alla secrezione adrenalinica sta nell'ipofisi, organo anch'esso appartenente al tessuto cromo-assorbente.

Si sa l'azione dell'adrenalina sulla estremità dei nervi simpatici, sulle arterie periferiche, sui muscoli, sulla pressione sanguigna e nessuno vieta a pensare, ch'essa per mezzo del simpatico possa determinare la tachicardia, i tremori, l'esoftalmo, le turbe vasomotorie e secretorie, caratteristiche del Basedow. Dalle esperienze di Emmert si conosce che le iniezioni di adrenalina producono esoftalmo così come dalle esperienze di Epinger e Falta che all'aumentata attività delle surrenali, corrisponde per riflesso quella della glandola tiroide.

Inoltre nel morbo di Basedow si ha una linfocitosi mononucleare; l'adrenalina provoca la stessa forma istologica.

Nel Basedow si ha aumento della traspirazione, l'adrenalina provoca la secrezione delle glandole sudoripare. Nel Basedow aumento di fosfati nella secrezione, che possono anche aversi sotto l'azione dell'adrenalina.

L'astenia poi può ben considerarsi come il risultato della mancata influenza delle capsule surrenali della tiroide, così come il diabete che spesso si accompagna al Basedow, può considerarsi la conseguenza sia dell'azione inibitrice delle surrenali sul pancreas, sia la consumazione della sua secrezione.

I disturbi digestivi dipenderebbero anch'essi dall'azione inibitrice delle surrenali nel pancreas, che secernerebbe meno tripsina, steapsina e fermenti diastatici. A ciò sarebbe dovuta la quantità di grassi che si riscontrano in tal morbo come alle surrenali è da riferirsi le pigmentazioni e le discromie della pelle, che a volte si riscontrano in essa. Anche le follie acute che possono riscontrarsi nel Basedow dall'esperienza di Shima, sono simili a quelle che l'adrenalina provoca. Ammettendo l'iperadrenalismo, come primo movente di tal morbo, la terapia dovrebbe essere diretta e cercare di diminuire la produzione adrenalinica. In questo senso Wolnar consiglia leggieri ipotensivi, l'idroterapia, i bagni di ossido di carbonio, il riposo, il soggiorno in montagna e il succo pancreatico e l'ovarine, che agirebbero in modo inibitrice sulle surrenali. Nella menopausa infatti, in cui le ovaie regrediscono a poco a poco, si hanno dei fenomeni di superattività surrenale. Kraus pretende che la malattia di Basedow possa prodursi in seguito a disturbi vasomotori; Kokner a disturbi psitici e a malattie contagiose.

Pertanto per dare un appoggio alla teoria epinefregenetica della malattia di Basedow bisognerebbe esaminare le surrenali dei basedoviani morti.

FAUSTO AMANTEA.

SEMEIOTICA.

La dimostrazione intravitale di agenti patogeni nel sangue e sua importanza per la clinica.

(K. BINGOLD. *Med. Klin.*, n. 28, 1921).

In alcune malattie è possibile riconoscere direttamente in una goccia di sangue prelevata al malato, gli agenti patogeni (febbre ricorrente, malaria, tripanosomiasi, filariosi). Nelle malattie infettive delle nostre regioni è possibile dimostrare la presenza di germi nel sangue soltanto per mezzo delle colture.

Il sangue non è in queste malattie la sede dell'infezione ma solo il mezzo di trasporto dei germi che non vi si moltiplicano sensibilmente. Invece negli animali sperimentalmente infettati riesce la dimostrazione diretta dei germi nella goccia di sangue prelevato (pneumococchi, carbonchio, ecc.). Le emocolture eseguite dopo lo svuotamento dell'utero da residui abortivi infetti chiariscono bene l'essenza e le manifestazioni cliniche della batteriemia. Le culture dimostrano che almeno nel 70% di questi casi, durante o subito dopo lo svuotamento sono passati nel sangue dei germi.

In parte di questi casi la batteriemia si dimostra clinicamente con brividi e le loro conseguenze (polso frequente, filiforme, pallore cianotico, ecc.) fenomeni che scompaiono non appena si sono esauriti i veleni batterici. In una altra parte dei casi, l'organismo reagisce alla batteriemia (più precisamente, alle endotossine che si liberano dopo l'uccisione dei germi nel sangue) con elevazioni termiche. Talvolta la batteriemia può non manifestarsi con alcun

sintomo clinico. Dunque il brivido indica costantemente l'esistenza di una batteriemia, mentre una batteriema non deve necessariamente manifestarsi con la comparsa di brividi: questi di solito mancano se i germi circolano permanentemente nel sangue. Sono necessarie diverse condizioni perchè le emocolture diano risultati sicuri: 1) L'epoca del prelevamento. Quando compare il brivido è spesso già troppo tardi per dmostrare i germi nel sangue prelevato; i germi sono molte volte già uccisi e nel sangue non circolano che le endotossine. Il momento più adatto per prelevare il sangue è, nel caso di aborti, quello subito dopo lo svuotamento, nel caso di ferite infette, subito dopo gli interventi chirurgici, nelle infezioni urinarie, dopo il cateterismo. 2) Eliminazione del potere battericida del sangue. A tale scopo si semina poco sangue in una grande quantità di terreno nutritivo. 3) La scelta del terreno adatto: la presenza di bile per il bacillo tifico, di glucosio per meningococchi, ecc. L'A. ha trovato assolutamente necessario l'esegure delle culture anaerobie; in tale modo egli riuscì a dimostrare in molti casi la presenza di germi anaerobi nel sangue, e a chiarire la genesi di casi di sepsi, nei quali le culture usuali avevano dato risultati negativi. Il terreno migliore è secondo l'autore il brodo peptonato al 10%. Nella colonna gelatinosa che si forma per l'aggiunta di sangue al brodo, le colonie crescono bene visibili ed isolate; mentre sugli eritrociti che si depositano sul fondo crescono bene i germi anerobi (non è necessaria la chiusura con paraffina).

La dimostrazione e l'identificazione di germi nel sangue circolante è molto utile per la clinica. Nel tifo e nel paratifo essa rende possibile la diagnosi già nei primi giorni di febbre (Schottmüller). Nell'endocardite la cultura dello *streptococcus viridans* dal sangue indica l'esistenza di vegetazioni valvolari infettive; decorso e prognosi saranno ben differenti da quelli dell'endocardite reumatica o setticoulcerosa.

Nella sepsi sarà sempre possibile l'identificazione del germe; la batteriemia è il sintomo cardinale, l'assenza di essa fa escludere la diagnosi di sepsi. Se in un caso di sepsi non è più possibile, nel corso della malattia, dimostrare i germi nel sangue mentre prima vi si erano dimostrati, si deve ammettere, anche se persistono delle temperature elevate, che il focolaio dal quale prima venivano immessi dei germi nel sangue, non è più attivo (p. es. una tromboflebite); considerazioni oltremodo importanti per diagnosi e prognosi.

La dimostrazione di pneumococchi nel sangue rende possibile la diagnosi di polmonite nei casi oscuri (polmoniti centrali).

L'assenza di bacilli tifici dal sangue di ammalati di febbre alta continua, fa escludere con sicurezza il tifo. Si penserà a quelle malattie batteriche che non si accompagnano a batteriemia — peritonite, pleurite, empiema, ascesso o gangrena polmonare, tubercolosi, ecc. —

Diverso è il caso, quando nel corso di un'infezione apparentemente locale compare una batteriemia, risp. un brivido. Così se p. es. dimostriamo nel sangue di un malato di otite media una specie batterica che si coltiva anche dal pus otitico, è accertata l'esistenza di una flebite del seno o della giugulare, anche mancando sintomi clinici evidenti. Nell'appendicite, la dimostrazione di germi nel sangue fa sospettare un'estensione del processo al territorio della vena porta.

POLLITZER.

CHIRURGIA.

I calcoli renali dal punto di vista chirurgico

(HUGH LETT. *Practitioner*, agosto 1920).

Le dimensioni dei calcoli renali sono assai varie: Le Dentu cita un caso dove un calcolo pesava tre libbre.

Una storia clinica riferita dall'A. è interessante perchè illustra due punti: primo, che i calcoli possono passare senza dolore; secondo, che lo stesso paziente può una volta passare dei frammenti fosfatici molli senza dolore e la volta successiva delle pietre più dure dopo un grave attacco di colica renale.

Da molti anni Thorburn ha richiamato l'attenzione sul riflesso reno-renale: un calcolo situato nel rene o nell'uretere di un lato può dare origine ad una colica renale nel lato opposto. Con lo sviluppo della radiografia l'importanza di questo riflesso dal punto di vista dell'operazione è assai diminuita.

È interessante che un calcolo nel rene può non dare sintomi affatto ed essere scoperto all'autopsia o durante una osservazione rutinaria allo schermo radioscopico. In quest'ultimo caso il calcolo dovrà essere rimosso con l'operazione o abbandonato? La risposta si trova considerando i possibili effetti del calcalcolo sul rene. Anzitutto è dimostrato che esso determina invariabilmente una nefrite diffusa interstiziale, e, per quanto lentamente, si arriva al rene granuloso atrofico con grave diminuzione della sua efficienza. Se il calcolo risiede nel bacinetto o determina ostruzione, è facile lo sviluppo di idrofrenosi. Infine un'infezione può intervenire, o per via sanguigna o per via ascendente dalla vescica,

con effetti molto più gravi; pielonefrite acuta, pionefrosi, ascesso perinefritico. Si aggiunga che nel 50% dei casi di calcolo renale di lunga data si trovano delle pietre nel rene opposto: ulteriore argomento per rimuovere un calcolo renale appena diagnosticato. Due sole eccezioni: il calcolo è molto piccolo e si può tentare un trattamento medico e dietetico; le condizioni del paziente sono sfavorevoli all'operazione.

Passiamo all'anuria calcolosa: cioè la soppressione subitanea di urina determinata dall'incunearsi di un calcolo nell'uretere o allo sbocco del bacinetto renale. L'anuria durante un attacco di colica renale è dovuta ad una delle tre condizioni seguenti: assenza del rene opposto o congenita o per precedente nefrectomia, ovvero atrofia o distruzione praticamente completa di esso per malattia; blocco dell'uretere del rene opposto già avvenuto per presenza di un altro calcolo; soppressione della funzione del secondo rene per azione riflessa dal rene affetto (specialmente se la calcolosi dura da anni e quindi il rene opposto è già considerevolmente malato).

Diagnosi. — I due segni più importanti sono: dolore, ematuria. Il primo di gran lunga più importante e costante è di due specie: attacchi parossistici acuti: colica renale; dolore ottuso nella regione lombare.

Il dolore comincia di solito nella regione lombare, passa all'addome e quindi alla fossa iliaca destra, al testicolo o alla coscia. Dolorabilità alla pressione, al lombo al lato corrispondente dell'addome con resistenza considerevole. Non raro un frequente desiderio di mingere, sebbene venga emessa poca urina, che può essere sanguigna. Passato l'attacco, il sangue nell'urina può ripresentarsi una o due volte o persistere per parecchi giorni. La durata di una colica renale varia da pochi minuti a parecchie ore; non raramente ritorna dopo breve intervallo.

L'altra varietà di dolore è di solito avvertita nella regione lombare, proprio al disotto dell'angolo formato dall'ultima costola e dal bordo esterno dell'*erector spinae*. Può essere quasi continuo: alcuni pazienti si lagnano di una dolenzia al dorso di cui non sono stati liberi da anni. Quasi sempre si accentua con lo scuotimento e con l'esercizio, così talvolta da impedire il lavoro. Generalmente i pazienti sono più sollevati quando giacciono in decubito dorsale; talvolta il decombere è possibile su un lato e non sull'altro, senza che ciò sia in rapporto determinato con la sede del calcolo. Il calcolo del resto è soltanto una delle cause di colica renale. Il passaggio di grandi quantità di cristalli di ossalato o di acido urico può determinare attacchi di colica ed ematuria. E, a parte ciò, tutto quello che determina un'ostruzione dell'uretere può produrre una colica renale, come inginocchiamento dell'uretere o torsione del peduncolo in caso di rene mobile, frammenti di tumore renale, cisti idatidee, coaguli sanguigni. A quest'ultima va data una speciale importanza, perchè una colica renale successiva a un attacco di ematuria può essere il primo sintoma di un tumore maligno nel rene: una colica renale seguita da ematuria fa pensare al calcolo, ma l'ematuria seguita dalla colica fa pensare a un neoplasma.

L'aspetto dell'urina può essere affatto normale, ma il microscopio può dimostrare traccie di sangue, cellule di pus, cilindri ialini e cristalli. Quest'ultimi, se presenti, indicano la natura del calcolo o in ogni caso dei suoi strati esterni, poichè è relativamente raro che esso abbia una costituzione unica. Un peso specifico persistentemente basso, una bassa percentuale di urea e traccie di albumina in assenza di pus o di sangue sono importantissimi, perchè indicano una nefrite interstiziale e un considerevole disturbo della funzionalità renale.

Finalmente un esame radiografico dovrebbe esser praticato non solo in tutti i casi di sospetto calcolo, ma anche in quelli di dolore lombare persistente e inesplicato, specialmente se unilaterale. L'esame deve sempre includere ambedue i reni, ambedue gli ureteri e la vescica.

Un calcolo nell'uretere può dare segni di calcolo nel rene o nella vescica o anche, se si è incuneato da lungo tempo, la sua presenza può non essere sospettata. Occasionalmente un calcolo nel bacinetto con pielite associata può portare alla diagnosi di calcolo vescicale, a causa della frequenza e dolorabilità della minzione, associate con sangue e pus nelle urine. Da ultimo, in rari casi un riflesso renorenale, come dicemmo, può determinare sintomi di calcolo del lato opposto a quello in cui realmente si trova. Da tutto ciò scaturisce l'importanza dell'esame radiografico completo.

Una *diagnosi differenziale* può doversi porre con appendicite acuta, ostruzione intestinale, rottura di gravidanza tubarica. Quest'ultima non dovrebbe determinare gravi difficoltà perchè, oltre la storia dei mestrui, l'esame pelvico rivela una tumefazione o per lo meno una ripienezza, e la dolorabilità alla palpazione risiede nella parte bassa dell'addome e si estende attraverso la linea mediana al lato opposto mentre manca nella regione renale; se poi l'emorragia è grave, il pallore invadente e l'in-

nalzarsi della frequenza del polso non lasciano dubbi.

Una colica renale destra è talvolta interpretata erroneamente per appendicite: l'inizio del dolore, la sua irradiazione e distribuzione, la sua gravezza, l'assenza di ogni innalzamento nella frequenza del polso o nella temperatura, i concomitanti sintomi urinari, il decorso ulteriore del caso, elimineranno ogni difficoltà per giungere ad una conclusione corretta. A parte questa possibilità di calcoli renali determinanti sintomi di appendicite acuta, essi possono determinare un dolore oscuro nella fossa iliaca destra e portare alla diagnosi di appendicite cronica.

All'A. è noto, e ne riferisce la storia, un caso di colica renale diagnosticato come ostruzione intestinale acuta: errore questo che non dovrebbe esser permesso.

Trattamento post-operativo. — Ha principalmente lo scopo di impedire le recidive. La causa più importante di queste è la rimozione incompleta: è consigliabile che il chirurgo operando tenga sotto gli occhi la lastra radiografica per controllare il numero dei calcoli che egli asporta. Nel caso di un calcolo ramificato può essere assai difficile rimuoverlo intatto. Se si rompe durante l'operazione se ne ricercheranno accuratamente i frammenti liberi per asportarli.

Ma anche se l'operazione fu eseguita con la massima cura e non vennero lasciati frammenti, i calcoli possono recidivare, se persistono le cause predisponenti. Di queste le più importanti sono la presenza costante di un gran numero di cristalli nelle urine e l'infiammazione. Si cercherà di ovviare alla prima facendo bere al paziente una quantità notevole di liquido, preferibilmente qualche acqua distillata; ad ogni modo non acque dure: in tal modo i reni vengono abbondantemente lavati e l'urina si mantiene diluita e non irritante. D'altro lato, per parecchie settimane dopo l'operazione si somministrerà esamina o altri antisettici urinari continuandoli fino a che l'urina sia completamente priva di pus. Nell'ossaluria e fosfaturia il fosfato acido di sodio è spesso utilissimo. Controllo rigoroso della dieta, esclusione di alcool, formaggio, latticini e zucchero; esercizio moderato, regolarizzazione dell'alvo.

***

Thomson Walker ha compilato le statistiche di vari operatori, riunendo i casi in due gruppi: operazioni su reni sani o leggermente infetti e operazioni su reni gravemente infetti: 420 casi di nefrolitotomia con la mortalità dell'8,8% nel primo gruppo; 473 casi con la mortalità del 23% nel secondo.

L'A. crede che questa mortalità sia piuttosto alta e non corrisponda alle condizioni attuali. In una serie successiva di 50 operazioni per calcolo renale egli ha perduto 2 pazienti. Fra i suoi 50 casi ve ne furono 9 di pionefrosi, (in 6 fu eseguita nefrectomia) ed 1 di ascesso perinefritico. Tutti guarirono.

Nello stesso periodo di tempo l'A. operò pure con esito favorevole, 14 casi di calcolo ureterale.

Il miglioramento nei risultati delle operazioni sul rene è stato notevolissimo in questi ultimi anni, ed è dovuto in parte al miglioramento generale della tecnica e del trattamento post-operatorio, ma più particolarmente, secondo la convinzione dell'A., alla determinazione accurata dell'importanza di quanto fu, fino a poco tempo fa, il fattore ignoto dell'equazione, cioè l'efficienza del rene opposto.

SEBASTIANI.

NEUROLOGIA.

Due casi di cisticercosi cerebro-spinale con meningite cronica ed endoarterite obliterante cerebrale.

Nella *Revue neurologique* (1921, n. 3) Redalié di Losanna descrive minutamente due casi di cisticercosi del sistema nervoso centrale, descrizioni dalle quali risultano evidenti le difficoltà che per tale diagnosi si presentano sia clinicamente che anatomopatologicamente.

Nel primo caso si trattava di una donna di 54 anni: la malattia inizia nel 1919 con cefalea cui ben presto si aggiungono dolori lungo la colonna vertebrale. Nei mesi seguenti, ad intervalli, disturbi passeggeri dell'equilibrio senza perdita di coscienza, senza vertigini; debolezza progressiva delle gambe, fino alla paresi delle stesse e della mano sinistra. Midriasi. Disturbi della sensibilità fino alla anestesia. Esagerazione dei riflessi. Clono. Disturbi della memoria. Papilla da stasi: segno di Kernig positivo. Ptosi della palpebra superiore sinistra.

Wassermann positiva nel liquido cefalo-rachidiano.

La malattia dura dieci mesi.

La diagnosi clinica fatta è di « meningo-mielite sifilitica ».

Fatta l'autopsia si riscontra una nefrite cronica, atrofia bruna del cuore. Broncopolmonite inziale. Iperemia ed emorragie sottomucose dell'intestino. A carico del cervello: Edema cerebrale. Idrocefalo interno. Pia madre ispessita, biancastra, non trasparente.

Il midollo spinale nel suo terzo superiore flaccido, con forte ispessimento delle meningi e qua e là aderenze fra le meningi.

In base a ciò viene fatta la diagnosi anatomica di: Pachimeningite cervicale ipertrofica (tipo Charcot-Joffroy). Edema cerebrale. Idrocefalo interno.

Senonchè esaminando dopo fissazione in formalina il cervello, si notano nello spessore dei tagli delle meningi colpite in mezzo al tessuto poco trasparente dianzi accennato, degli isolotti giallastri, nettamente distinti dal restante tessuto. Questi isolotti all'esame istologico, per il bordo regolarmente festonato, per la presenza di numerose cellule giganti — rare nelle gomme —, per la tendenza alle ramificazioni, per la eosinofilia marcata, si rivelano malgrado l'*assenza* di uncini o scolici, per membrane parassitarie. L'esatta diagnosi viene fissata nel modo seguente:

Cisticerco racemoso delle meningi della faccia ventrale della protuberanza; meningite cronica nella stessa regione. Cisticerco racemoso delle meningi spinali localizzato alla faccia ventrale del midollo cervicale; meningite cronica spinale con enorme ispessimento delle meningi.

L'A. a proposito di questo caso si diffonde ad esaminare le lesioni vascolari constatate nelle arterie cerebrali, lesioni intraviste per la prima volta nella cisticercosi, dall'Askanazy.

Nel secondo caso si trattava di un uomo di 66 anni, notevolmente bevitore, il quale molti anni prima di essere ricoverato in Ospedale, aveva sofferto di crisi epilettiformi.

Un anno prima della morte comincia a notare una certa difficoltà nella deambulazione; a ciò si aggiunge notevole cefalea, talchè è costretto ad interrompere le sue occupazioni.

In seguito si nota indebolimento della memoria per i fatti recenti: mancanza di orientamento nel tempo e nel luogo. Lieve emiparesi destra con tremore delle dita e della lingua. Rigidità delle gambe.

Wassermann nel liquido cefalo-rachidiano prima positiva, quindi, dopo trattamento con Salvarsan, negativa.

Morte improvvisa dopo un accesso di Cheyne-Stokes.

Diagnosi clinica: Rammollimenti multipli.

All'esame anatomopatologico si nota che tutte le meningi basali delle arterie cerebrali fino al chiasma dei nervi ottici, sono ispessite, biancastre: quasi invisibili sono le origini dei nervi cranici ed il tronco basilare. L'ispessimento è molto più notevole a sinistra.

Vicino al polo frontale destro notasi un piccolo focolaio giallo, situato all'infuori della sostanza cerebrale; identico focolaio in piena circonvoluzione frontale sinistra.

Numerose vescicole, di differente grandezza, si riscontrano alla base: la più grande di esse misura circa 5 centimetri di diametro: alcune sono trasparenti ed in esse si svelano delle teste rudimentali di parassiti prive di uncini. Scoprendo il terzo ventricolo si nota un notevole cisticerco proprio innanzi all'acquedotto di Silvio. Altre vescicole notansi in corrispondenza del midollo dorsale.

La diagnosi anatomica è qui facile: Cisticercosi cerebro-spinale. Cisticerco del IV ventricolo. Meningite cronica della base del cervello. Endoarterite obliterante del tronco basilare e delle silviane. Ependimite granulare. Idrocefalo interno. Atrofia del cervello.

Redalié, analizzando le osservazioni predette per quanto riguarda la Sintomatologia della cisticercosi del sistema nervoso centrale, insiste sulla difficoltà della diagnosi.

Il sintoma iniziale che non manca quasi mai è la cefalea, talora sono i dolori alla nuca.

Più tardi domina l'instabilità dei sintomi, la variabilità della loro intensità ed infine il fatto che anche i più gravi disturbi cerebrali possono temporaneamente scomparire per ricomparire più tardi.

Marchand spiega tali variazioni con le contrazioni del parassita in conseguenza delle quali le vescicole si vuotano o si riempiono, comprimendo più o meno il tessuto vicino.

Per Jacubowski è importante un altro sintoma precoce: le crisi epilettiche o epilettiformi.

Nei casi esaminati dall'A. quel che ha coadiuvato nell'errore è stata la reazione di Wassermann riuscita positiva nel liquido cefalo-rachidiano: occorre a tal proposito ricordare che Herschmann recentemente ha descritto una serie di casi nei quali vicino ad una affezione mentale o nervosa non specifica ha constatato la reazione di Wassermann positiva nel liquor.

L'A. chiude l'articolo discutendo della sintomatologia del cisticerco del IV ventricolo. Il cisticerco del IV ventricolo può essere un reperto di autopsia, ma se l'affezione dà luogo a sintomi, i più caratteristici secondo Bruns sarebbero i seguenti:

1° Periodi di cefalee intense, sensibilità della nuca, vomiti prolungati e vivissimo stato vertiginoso.

A questi periodi che durano settimane fanno seguito periodi di calma.

2° I movimenti bruschi della testa provocano accessi di vertigine intensi.

3° Assenza o scarsa chiarezza di segni obbiettivi.

4° Morte improvvisa (quasi sempre per paralisi della respirazione provocata dall'inibizione dei centri vitali del midollo allungato).

MONTELEONE.

Genesi ed eziologia della pachimeningite emorragica interna.

Non è stata risolta ancora fino ad oggi la questione, se la *p.* sia una vera e propria flogosi con consecutive emorragie, oppure una reazione secondaria ad emorragie primarie traumatiche; inoltre, ove si tratti d'un processo flogistico proprio, quale ne sia la sua genesi ed eziologia. Le ricerche sperimentali di Sperling sulla formazione di neomembrane simili a quelle della *p.*, in seguito ad iniezioni di sangue nello spazio subdurale, sembravano confermare l'opinione di numerosi autori, per i quali il trauma costituiva la causa prima. Secondo altri una *p.* è possibile soltanto in cardiaci, nefritici o affetti di malattie mentali con sistema vascolare alterato (anche senza precedente trauma), mentre negli individui sani il riassorbimento di stravasi sanguigni procede in modo normale.

Bockmann, non riscontrando in alcuno dei suoi 57 operati di trapanazione una p., sebbene tra l'intervento ed il decesso fosse trascorso un tempo sufficiente al suo sviluppo, nega categoricamente l'insorgere di quest'affezione dopo trauma ed emorragia asettica in individui non affetti di malattie costituzionali.

L'ispessimento della dura madre che si riscontra dopo stravasi sanguigni non deve essere confuso col quadro patologico classico della p. creato da Virchow. Aschoff fa distinzione tra la flogosi riparatoria, diretta soltanto contro le alterazioni prodotte dall'emorragia, che cessa col cessare di quest'ultima, e la flogosi difensiva, diretta contro l'agente morboso stesso, di carattere progrediente, con formazione di sempre nuove lamelle ed emorragie secondarie dai vasi proliferati.

Virchow aveva supposto che l'infiammazione della parte interna della dura madre decorresse analogamente a quella delle sierose, che cioè all'essudazione della fibrina tenesse dietro l'organizzazione con formazione di tessuto di granulazione e proliferazione di capillari, al quale si sostituiva man mano il connettivo. In questi ultimi tempi furono descritti da Rössle e Fahr, tre casi di pachimeningite vascolosa, in cui la neoplasia cronica del tessuto, non essendo stata preceduta da alcuna essudazione fibrinosa, doveva esser considerata come processo morboso a sè. Questa distinzione, se pur esiste, non riesce facile, poichè all'autopsia si osservano generalmente casi inveterati senza fatti flogistici recenti; sembra inoltre che la fibrina meno copiosa nella p., venga riassorbita molto più presto che in altre affezioni, ad es., la pleurite. Ancora meno accordo regna sull'eziologia; la p. sarebbe dovuta secondo alcuni a intossicazioni, secondo altri a fatti tossico-infettivi. Quale momento eziologico puramente tossico va nominato in prima linea l'alcool. Questo aumenterebbe secondo Melnikow-Rasvedenkow il tessuto elastico della dura, rendendo difficile così la comunicazione tra i capillari profondi e superficiali. L'ostacolata circolazione, in unione ad atrofia del cervello e della dura, offrirebbe il substrato favorevole allo sviluppo della p. I dati sperimentali in proposito sono molto contraddittori. La casistica pure non permette un giudizio definitivo, possibile appena sulla base di statistiche fatte su vasta scala.

Per l'eziologia infettiva o meglio tossinfettiva parlano numerosi esempi nella letteratura. Pachimeningite interna fu trovata in bambini dopo la scarlattina, in adulti nella sepsi, tbc. e febbre ricorrente. Schottmueller potè constatare la presenza di streptococchi nelle membrane neoformate. Hada descrive un caso di pertosse, con accessi oltremodo violenti a cui tenne dietro un'otite ed emiplegia sinistra. La morte fu provocata al II mese da una eresipela intercorrente. All'autopsia si riscontrò oltre all'encefalite e leptomeningite consecutive alla risipola, una pachimeningite interna pregressa dal lato opposto all'emiplegia. Nei 32 casi descritti dal Wohlwill troviamo quale momento eziologico esclusivamente malattie infettive; sepsi, difterite, tbc., lues; l'alcool non ha che una parte secondaria. Nella paralisi progressiva il trauma pregresso frequente nell'anamnesi, costituirebbe col suo stravaso sanguigno terreno propizio all'attecchimento microbico.

Un nuovo contributo alla natura tossico-infettiva della pachimeningite, viene ora fornito da Roth, nella *Berlin. Klin. Wochenschr.*, anno LVII, n. 8; di 11 casi, esaminati da lui con ispecial riguardo all'eziologia ed illustrati brevemente nella sua pubblicazione, 9 presentavano una malattia infettiva sia in atto che pregressa (1 caso di ascesso cerebrale, 2 di ascessi renali, 2 d'otite media, un caso di sepsi, uno di tifo, due di tbc. polmonare ed uno di meningite sifilitica), 2 un trauma recente, che con ogni probabilità aveva dato occasione ai germi di penetrare nell'organismo. Nei due ascessi cerebrali fu dimostrata istologicamente la presenza dei germi (stafilo- e diplococchi) nelle neo-membrane pachimeningitiche. Ciò sarebbe stato possibile forse anche negli altri casi, qualora si avesse fatto uso dei metodi culturali. In 4 dei casi (otite media e trauma) il nesso tra pachimeningite e affezio-

ne locale fu evidentissimo, trovandosi la membrana sulla dura soltanto in corrispondenza della lesione.

L'autore conclude, che per la pachimeningite bisogna dunque ammettere, almeno per la maggioranza dei casi, l'eziologia infettiva; l'alcool ne creerebbe soltanto il momento predispontente. Resta ad assodarsi ancora, se la p. è direttamente un'affezione infettiva, o se possa esser prodotta pure da tossine di bacteri localizzati altrove. In tutti i casi non è un'entità morbosa a sè, dovuta ad un microbo specifico, ma può essere prodotta da qualsiasi agente infettivo. Sarebbe forse appropriata la distinzione in p. locale, trasmessa per continuità, ematogena o linfogena.

m. p.

DIVAGAZIONI.

Il profumo del corpo umano.

Il corpo umano emana, con la traspirazione cutanea, un odore speciale che si avverte di preferenza nelle riunioni tenute entro locali malamente aereati... anche da persone che curano la nettezza del corpo.

Che le varie razze abbiano odore diverso ce lo testimoniano i cultori di etnologia. Haller scrisse che i caraibi delle Antille scoprono i negri dal solo odorato, e lo stesso dice Humboldt dei peruviani. L'esploratore De Brettes fece notare che gl'indiani arhowa-kaggabas sanno distinguere le persone di razze diverse per l'odore da esse emanato. Topinard e Deniker riferiscono che l'odore del tartaro è diverso da quello dell'arabo. Si dice che gli ottentotti, per la loro speciale esalazione cutanea, non attingono acqua dalle sorgenti vicine ai loro *kraal*, perchè l'odore, che vi si potrebbe comunicare, renderebbe la selvaggina accorta della loro vicinanza ed essi non avrebbero modo di farne preda. Ai negri riescirebbe disgustoso l'odore delle donne bianche... Un odore *sui generis* distingue l'indigeno d'America; e gli spagnoli, nel loro stabilirsi in quelle contrade, ne trassero infame partito, avendo abituato i loro cani a seguire le piste degli indigeni sfuggiti alla schiavitù, attaccarli e sbranarli. Gli indiani, a loro volta, mal soffrono l'odore dei bianchi e dei negri. Humboldt ci dice che gli indiani del Perù hanno nomi speciali per denotare gli odori delle emanazioni cutanee dell'europeo, dell'indiano e del negro; chiamano il primo *permua*, il secondo *poczo* ed il terzo *graio*.

I giapponesi ritengono ripugnante l'odore cutaneo degli europei.

Che nella nostra razza l'odore dei biondi sia dissimile da quello dei bruni tutt'e due da quello dei rossi, lo ha asseverato Mantegazza.

Che poi l'odore varî a seconda i diversi individui ce lo mostra il fatto che il cane distingue dall'odore la pista del proprio padrone.

Da questa esalazione è da distinguere il cattivo odore prodotto da poca nettezza e da sudazione copiosa, in specie ai piedi e alle ascelle, dovuto a putrefazione del sudore e della desquamazione cutanea. Nel Giappone, dice Buntaro Adachi che quei pochi individui del loro paese, i quali hanno il difetto di sudare alle ascelle (in giapponese *yekishim*), sono esenti dal servizio militare e, se donne, difficilmente trovano marito.

Odori speciali possono promanare dal corpo umano a causa di malattie: così odore urinoso nell'uremia, odore di sorbe mature nel diabete con acetonuria, ecc., ovvero per l'ingestione di rimedi.

Ma oltre a questi odori particolari, vi è motivo di credere che in alcune circostanze un effluvio interamente diverso possa essere emanato dal corpo umano come risultato di varie specie di disturbi d'innervazione. Nel medio evo, scriveva Hammond, manifestazioni di questa specie non erano rare nelle persone di santi di ambo i sessi ed erano attribuite a potere miracoloso. Che parecchi dei santi dei tempi primitivi della Chiesa esalassero cattivo odore non è da dubitare, quando si ricordi il fatto che le abluzioni corporali erano una misura sanitaria raramente osservata, in specie dagli asceti, dai mistici, dagli eremiti, dai devoti e dai santi....; ma la qualità particolare alla quale ci riferiamo era affatto diversa da questo cattivo odore. Gorres afferma, sull'autorità di Tommaso Kempis, che il corpo della benedetta Luina esalava tale delizioso profumo che la di lei camera era piena di fragranza. S. Francesco di Paola emanava un gradevole profumo che si rendeva più penetrante dopo un prolungato digiuno. Nella persona di S. Domenico l'odore si sprigionava dalle mani e nelle beate Elma e Maria Villana il profumo si esalava quando ricevevano la comunione...

Nei tempi andati, dice lo stesso Hammond, l'idea di un vero odore di santità era talmente radicata, che la frase è stata accettata nelle nostre lingue ed è pronunziata con fede, come l'espressione del maggiore sviluppo religioso in coloro ai quali si riferisce, senza probabilmente sapere, nella maggioranza dei casi, che si adopera un'espressione per la quale si reclama un miracolo.

Ma i profumi non erano una prerogativa del corpo dei santi. Agnese Sorel, la favorita che

esercitò grande influenza su Carlo VII, odorava di violetta; Diana di Poitiers, amante di Enrico II, emanava odore di ambra; la signora di Maintenon, che fu poi moglie di Luigi XVI, effondeva profumo di muschio.

Il seguente caso viene riferito dal prof. A. De Blasio (*Riforma Medica*, 17 luglio 1920), dal quale abbiamo desunto molti dei dati su riportati. In un meriggio dell'estate 1916 l'A. dovette avvicinare nella questura di Napoli una donna di mezzana età, che emanava odore di violetta. In sulle prime attribuì quel profumo ad artifizio; ma poi dovette ricredersi. Trattavasi di donna onesta, perseguitata dalla miseria e che, per curarsi di un'affezione bronchiale, era stata costretta a farsi ricoverare in un ospedale della città. Per ciò che riguardava il suo profumo, disse all'A. che era affetta da tanto «*inconveniente*» dopo un attacco convulsivo patito all'inizio della pubertà e che l'odore le si sprigionava dal cavo ascellare sinistro quando provava qualche emozione dolorosa. L'A. può garantire la più sicura autenticità di questo comportamento.

Hammond, per spiegare l'odore del corpo umano, non additò altro che l'acido butirrico.

Questa spiegazione non può accettarsi per tutti i casi: che ha a vedere il noto e speciale odore di rancido dell'acido butirrico con il profumo di violetta? L'A. suggerisce d'indagare nel vasto campo degli eteri aromatici, i quali certamente sono l'elemento chimico principale dei profumi delle frutta e del così detto «bouquet» dei vini. R. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI

HYVERT ROGER. *Précis de pathologie interne et de diagnostic*. - Quinta edizione riveduta ed aumentata. A. Maloine, éd., Parigi, 1921. — In-16, di 586 pag. — Prezzo: 15 fr.

Con questo manuale. l'A. fornisce allo studioso nozioni bene stabilite, sui sintomi, sulla diagnosi, sulla terapia delle malattie interne, e pure non trascurando le ricerche di laboratorio, basa la sua trattazione essenzialmente sui fatti clinici. La disposizione delle materie è fatta secondo l'ordine alfabetico, ciò che dà al libro l'aspetto un po' arido di un dizionario, aridità compensata dai numerosi richiami e dalle copiose osservazioni d'indole pratica, atte a guidare nell'esame del malato, nella diagnosi e nella terapia. Le poche pagine di introduzione dimostrano il sano equilibrio pratico dell'A., quale si rivela poi nei singoli argomenti trattati.

fl.

KRAFT E. *Analytisches Diagnosticum*. 3ª edizione. Un vol. in-8 di 464 pag. con 147 fiugure, in parte colorate e 5 tavole colorate. I. A. Barth ed. Lipsia 1921. Prezzo marchi 70.

L'importanza sempre crescente che vengono assumendo i metodi di ricerche da laboratorio come sussidio alle diagnosi, dà ragione del gran numero di manuali, su tale argomento.

Fra i molti, va però segnalato questo del Kraft, che ha il vantaggio di riunire tutti i metodi di esame, che possono servire per scopi clinici (urine, espettorato, contenuto gastrico, feci, sangue, ecc.) e di dare una quantità di consigli pratici, che possono venire solo dalla lunga esperienza in materia e che sono di grande utilità per rendere più agevole il lavoro, per evitare incertezze e per ottenere risultati attendibili. Il massimo sviluppo è dato alle ricerche sull'urina, ciò che non toglie che anche le altre parti siano trattate con sufficiente larghezza e con modernità di vedute. Qualche appunto si può quì e là muovere: così gonococco viene indicato come *bacillus* (!) *gonorrheae*: fra i metodi di determinazione dell'urea non viene fatta menzione dell'ureasi: la descrizione dell'ameba della dissenteria è monca e non vi si accenna alle cisti. Piccole mende che non tolgono il valore del manuale, che è alla sua terza edizione e viene presentato da Ph. Blumenthal, direttore del laboratorio chimico-batteriologico di Mosca. Buone e dimostrative le tavole colorate. *fl.*

F. X. MAYR. *Studien ueber Darmtraeigkheit. Ihre Folgen und ihre Behandlung*. 2ª Ediz. Editore S. Karger, Berlino, 1920.

Il problema della stitichezza ha affaticato sempre la mente degli studiosi e si può dire ancora non risoluto; era quindi prezzo dell'opera dedicare una importante monografia a quella che Ebstein definisce la più frequente e fastidiosa piaga dell'umanità.

Nella monografia del Mayr, dopo una rapida esposizione dell'anatomia e della fisiologia dei movimenti intestinali, si passa allo studio fisiopatologico della stitichezza e se ne analizzano le conseguenze forse in maniera eccessivamente pessimistica. Prescindendo da questa menda, a cui non sono sfuggiti tutti quelli che dell'argomento si sono occupati, il lavoro merita di essere conosciuto per le considerazioni terapeutiche, che sono dettate da un individuo che dell'argomento si occupa da moltissimi anni e quindi possono servire di guida ad ogni medico pratico, a cui giornalmente una falange di malati veri o immaginari si rivolge per essere liberata dal disturbo.

P. A.

WEILL E. et MOURIQUANT G. *L'alimentation et les maladies par Carence.* Parigi, Baillière.

Gli egregi AA. con parecchi lavori sui singoli punti del problema dell'alimentazione delle masse si erano preparati ad un lavoro d'insieme. Il piccolo volume attuale, oltre uno studio approfondito dello scorbuto, del beri-beri e della pellagra, contiene l'esposizione sintetica delle leggi che devono governare la nutrizione, perchè essa corrisponda ai bisogni dell'organismo.

Ogni medico colto leggerà con interesse e profitto questo volume chiaro e completo.

a. v.

Dott. ROBERTO PASSINI. *Guida pratica per i malati di petto.* Editori P. Maglione e C. Strini, Roma.

Con molta *verve* l'A. spiega agli infermi come la tubercolosi non sia quella malattia fatalmente inguaribile che si crede, ma possa con una terapia precoce ed oculata venir vinta.

Combatte poi, assai spigliatamente, i comuni errori di cura, nei quali sono indotti molti ammalati e purtroppo anche parecchi medici, ed invoca giustamente la creazione in Italia di sanatorî per le medie e le piccole borse, da parte dello Stato e di enti privati.

L'opera termina con una rapida rivista delle più moderne pratiche terapeutiche della tubercolosi, con speciale riguardo alle iniezioni toraciche di olio gomenol-canforato, alle quali l'A. attribuisce notevole valore curativo.

G. M.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta ordinaria del 27 novembre 1921.

Presidenza: prof. GIOVANNI MIRANDA, presidente.

Sul nodo del seno del cuore dei mammiferi Nuove ricerche e considerazioni.

Prof. PACE DOMENICO. — L'O., sulla base di nuove ricerche condotte sul cuore di maiale e con l'appoggio di preparati anatomici e microfotografie, viene alle seguenti conclusioni:

1) Riesce impossibile la preparazione del nodo sinusale, ammessa da Tassoller, e riesce ugualmente negativa la iniezione di esso con inchiostro di China. È sufficiente, per gli scopi sperimentali e clinici, indicare come sede del nodo sinusale la *stria terminalis* o *stria membranacea cavo-atrialis;*

2) Attraverso le sezioni seriali è possibile colpire la fine del nodo sinusale, nella parete propria dell'atrio, anche prima che si esaurisca la stria membranacea, e senza che si rilevino fasci di emanazione verso il nodo di Tawara;

3) Contro la recisa affermazione di Schrumpf, è per lo meno prematuro se non errato, ammettere un secondo nodo sinusale nell'atrio sinistro per spiegare qualche caso raro di dissociazione completa interatriale;

4) Parimenti è ancora ipotetica l'esistenza del fascio interatriale di Bachmann.

L'O. per altro ricorda di avere ammessa, secondo Keith, l'esistenza di residui del *sinus* agli ostii delle vene pulmonari ed è qui che egli ha diretto le ulteriori indagini.

Ulteriori ricerche sopra endo-parassiti delle cellule nervose elettriche e sopra direttive terapeutiche desunte dalla loro biologia.

Prof. ROMANO ANACLETO. — Il parassita delle cellule nervose del lobo elettrico è l'*Hemogregarina sanguinis torpedinis*, è cioè la fase amebiforme di questo monoplastide, che ultimamente è stato studiato dalla Jahimoff, ma fu già scoperto e studiato da Neumann e che non si era mai trovato allo stato di amebula nelle cellule nervose prima delle ricerche dell'A. Espone rilievi istologici sopra queste amebule, e mentre riafferma che siano fasi evolutive delle emogregarine della Jahimoff e del Neumann, esclude conseguentemente che possano essere la stessa cosa dei corpi striati nel citoplasma delle cellule gangliari da altri autori quali il Rohde, Löwenthal ed altri, ed ultimamente dal Cesa-Bianchi e dal Bogrowa. Dal punto di vista biologico, nota che questi parassiti, quando esistono, sono numerosi nelle cellule elettriche allo stato embrionale e di giovinezza, scompaiono allo stato adulto nel quale si rinvengono invece negli eritrociti. Trova le ragioni di questi fenomeni, e dallo studio del meccanismo di esse desume nuove direttive terapeutiche che impostano un nuovo capitolo nella elettroterapia, specie in rapporto ad una immunizzazione fisica dei centri nervosi che oggi ha un valore grandissimo specie per quelle malattie nervose la cui patogenesi dipende da diversi parassiti endocellulari. La scomparsa di essi nei centri elettrici è dovuta alla comparsa della funzione elettrica negli organi periferici e dalla scarica reflua da questi indotta nei centri medesimi. Allo stesso modo si potrebbe determinare nei centri nervosi umani infetti, la scomparsa dei parassiti a mezzo di scariche elettriche reflue artificiali, determinate alla maniera di quelle naturali delle torpedini, e con questo indirizzo ha disposto esperienze che già hanno dato i primi risultati positivi.

A. CHISTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA

I piccoli segni oculari del diabete presbiopia, ipermetropia, miopia.

Accanto ad alterazioni oculari più o meno gravi e di prognosi riservata (lesioni della cornea, dell'iride, della coroide, cateratte, emorragie retiniche, ambliopie, paralisi dei muscoli, ecc.) che possono frequentemente complicare il diabete, esistono disturbi oculari di tale malattia che, sebbene di minor gravità, possono indirizzare alla diagnosi.

Sono questi, i disturbi di rifrazione ed accomodazione Terrien (*Paris Médical*, n. 43, 1921) comprende nelle modificazioni dell'accomodazione.

1° Presbiopia precoce; già da Trousseau ritenuta di valore diagnostico pel diabete, si manifesta precocemente e spesso accentuata. *La astenopia accomodativa* propria di tali pazienti è più espressione dell'indebolimento muscolare generale (del che soffre anche il muscolo ciliare) che del diabete.

2° Paralisi dell'accomodazione; è un grado più avanzato del precedente. Per la lettura e la scrittura occorrono lenti convesse di almeno 4 diottrie.

Nelle modificazioni della rifrazione, l'A. distingue:

1° *Ipermetropia.* — L'immagine degli oggetti lontani invece di formarsi sulla retina, tendono a portarsi dietro il globo oculare.

Sourdille il quale l'ha vista sopraggiungere d'improvviso nel corso del diabete, in due occhi indenni, incrimina la diminuzione di contenuto del globo oculare.

In realtà si tratta di una ipermetropia latente che diviene manifesta per la soppressione o la diminuzione del potere d'accomodazione.

2° *Miopia.* — Al contrario della precedente può osservarsi un aumento della rifrazione cioè una miopia passeggera probabilmente dovuta ad un aumento di rifrangenza del cristallino. La comparsa nei diabetici di una miopia può far temere l'evoluzione ulteriore di una cataratta.

L'A. cita inoltre altre malattie in cui può stabilirsi la miopia: l'ittero, la febbre tifoide, la sifilide, e conclude che le modificazioni di rifrazione del globo oculare non sono sempre dovute alla sola predisposizione individuale congenita, e certamente le miopie passeggere osservate nel diabete e in altre miti affezioni, non riconoscono altra causa che l'infezione o l'intossicazione generale che l'hanno provocata.

MONTELEONI.

CASISTICA.

La sindrome genito-surrenale.

Le ghiandole genitali e la corteccia dei surreni hanno una comune origine embrionaria: a questo fatto può attribuirsi l'ipotesi che A. Gallais (*Journ. d. praticiens*, 1921, n. 42) sostiene appoggiandosi su fatti clinici, che cioè, dal punto di vista dell'orientazione dei caratteri sessuali, la ghiandola surrenale possa supplire l'ovaia.

La sindrome genito-surrenale è costituita: 1) da un gruppo di sintomi distrofici e funzionali che sviluppano la tendenza alla maturità precoce ed alla differenziazione sessuale maschile; 2) da un'iperplasia o tumore cortico-surrenale. Le forme cliniche di questa sindrome, sono:

1° *pseudo ermafroditismo surrenale;* coesistenza di ghiandole sessuali di un sesso e di genitali esterni dell'altro; il tipo più frequente possiede ovaie ed organi genitali esterni maschili: i caratteri sessuali esterni sono virili.

2° *virilismo surrenale*, si osserva dopo la differenziazione sessuale e le modificazioni si esplicano sui caratteri sessuali secondari; nei maschi con caratteri maschili molto sviluppati, nelle femmine con rapida evoluzione femminile e poi con segni di virilismo: ipertrofia clitoridea, ipertricosi con sistematizzazione maschile, amenorrea, ginecomastia, iperstenia muscolare, modificazione del carattere fino all'inversione sessuale. Quando il tumore si fa manifesto obbiettivamente, compaiono i segni di insufficienza surrenale e di cachessia.

3° *forma mestruale.* Casi frusti in donne adulte o vicine alla menopausa: dismenorrea con o senza emorragie, adiposi, ipertricosi, talora a sistemazione maschile.

4° *forma ostetrica.* Coesistenza di gravidanza ectopica (con o senza malformazione degli organi genitali) e di un tumore cortico-surrenale.

Diagnosi. — Il pseudoermafroditismo surrenale può osservarsi nel bambino: nell'adulto talora può dar luogo a rettifiche dello stato civile, per cui si esige un esame minuzioso. Di solito questa sindrome si osserva nel sesso femminile; anche la presenza di masse ghian-

dolari nello scroto non permette di affermare che si tratti di maschio, poichè può anche trattarsi di ghiandole surrenali aberranti; la diagnosi può stabilirsi con la biopsia.

Nel virilismo surrenale, va discussa la diagnosi di sindrome di Froelich e di sindrome ipofisaria: la radiografia cranica può essere di aiuto. Certi stati, come l'obesità, gravidanza, menopausa possono simulare la sindrome genito-surrenale; secondo poi la predominanza dell'uno o dell'altro sintoma, si deve differenziare la sindrome dal morbo di Pott, di Parkinson, meningite, tumore cerebrale, ecc.

Prognosi. — Il pseudoermafrodita porta spesso inclusioni embrionali, punto di partenza di tumori cancerosi; il virilismo surrenale è di prognosi infausta, trattandosi di carcinoma, che in pochi mesi si generalizza; la forma mestruale è di prognosi variabile, mentre in quella ostetrica, si deve tener presente la possibilità di rottura tubaria. I risultati operatori sono stati finora poco incoraggianti.

fil.

Patologia dell' ipofisi.

Mentre numerosi autori ammettono l'origine ipofisaria della sindrome adiposo-genitale di Bartels e Fröhlich, altri ammettono una compressione — ipofisaria o no — della regione basale del cervello, specialmente della zona dell'*infundibulum.*

Monakow (*Arch. suisses de neurol.*, f. 2, p. 200) cita il caso di un malato di cinquantotto anni, tubercoloso, nel quale si sviluppò rapidamente la sindrome di Fröhlich, con caduta dei peli, secchezza della cute, atrofia dei testicoli, adiposità.

L'esame del testicolo dimostrò l'esistenza di un processo di atrofia interessante non solo i canali seminiferi, ma anche le cellule interstiziali di Leydig sostituite da tessuto connettivo.

L'ipofisi era completamente atrofica nella sua parte ghiandolare, mentre la porzione nervosa era integra.

Monakow fa notare che malgrado la distruzione completa del lobo ghiandolare dell'ipofisi, non apparve mai poliuria, anzi la quantità di urine si mantenne sempre inferiore alla normale.

Sembra dunque che la sindrome adiposo-genitale non possa esser spiegata che dalla sola lesione dell'ipofisi ghiandolare e che, per lo meno per lo scoppio di alcuni fenomeni, sia necessaria una lesione della porzione nervosa dell'ipofisi e dell'*infundibulum.*

MONTELEONE.

TERAPIA.

La questione del salasso.

Ziegler (*Zeit. fur ärztlichen Fortbildung,* 1° maggio 1921) riconosce che attualmente siamo in piena reazione favorevole al salasso. Un'abbondante sottrazione sanguigna (250-300 cmc. o più) è utile quando, in conseguenza della replezione del sistema venoso, il cuore destro lotta contro resistenze anormali e corre il pericolo di un eccessivo affaticamento, come accade nell'edema polmonare, che accompagna la polmonite, nella nefrite acuta, ecc. La cianosi, la replezione venosa e la dispnea costituiscono l'indicazione per il salasso, da farsi però a condizione che il polso conservi la sua forza; la prognosi è tanto più grave quanto più debole è il polso e quanto più spiccati i sintomi di edema polmonare. La paralisi vaso-motoria accentuata ed i sintomi di intossicamento (polmonite grippale) possono rendere difficile l'azione del salasso, che si può favorire mediante iniezioni endovenose di siero fisiologico e glucosato.

Altra indicazione per il salasso è lo scompenso cardiaco grave nell'insufficienza mitrale o associata, con polso piccolo ed irregolare, cianosi, fatti di stasi venosa e dispnea; la stessa efficacia si osserva nella sclerosi renale con polso teso e stasi passiva. Nessun giovamento invece si osserva nelle stasi venose da enfisema, aderenze pleuriche, deviazioni rachidee. Qualche effetto può invece aversi nell'asma cardiaco, angina pectoris, negli accessi del morbo di Adam-Stokes, ma l'indicazione rimane però poco sicura; nella stasi portale, il salasso agisce solo indirettamente e meno efficacemente dei purganti e della dieta.

Utile può essere invece nello stadio premonitorio delle emorragie cerebrali, quando il polso è teso e vigoroso, e si hanno sintomi analoghi a quelli della nefrite cronica ed ipertensione. Non si può però asserire con certezza che l'eventuale effetto favorevole sia dovuto ad azione depletiva; trattasi forse di una dilatazione dei piccoli vasi, per cui ne resta facilitata la circolazione capillare e diminuita la pressione sanguigna. In questo modo vanno interpretrati i buoni risultati, che si ottengono nella menopausa e nelle disfunzioni ovariche. Nella policitemia, l'effetto è piccolo e transitorio.

Si utilizza il salasso in alcune intossicazioni, combinandolo con l'iniezione endovenosa di soluzione fisiologica; così si pratica negli avvelenamenti da ossido di carbonio, nitrobenzol, jodoformio, acido fenico, nell'uremia convulsiva, nell'eclampsia. È stato anche

tentato nella cura del reumatismo muscolare acuto, nella febbre tifoide, in cui agirebbe estraendo una parte di sostanza tossica; nelle malattie infettive, l'eventuale effetto favorevole in alcuni casi è però controbilanciato da quello sfavorevole in altri: più che di azione disintossicante, trattasi probabilmente di uno stimolo nel metabolismo generale.

Ultima indicazione del salasso è data dalle anemie (clorosi, anemia perniciosa) in cui si sottraggono 20-150 cmc. di sangue: nella clorosi, il salasso si fa 2-3 giorni prima del periodo mestruale, e si cerca di produrre un'abbondante diaforesi: l'efficacia è dovuta alla diminuzione di acqua, all'irritazione formativa sul midollo ed all'azione sul metabolismo generale. Nell'anemia perniciosa, si potrà tentare il salasso, solo dopo aver provato inutilmente tutti gli altri mezzi.

fil.

I principii fondamentali dell' elettroterapia.

Dato il favore sempre più crescente dell'elettroterapia in medicina, è giusto, dice E. Doumer (*Presse médicale*, n. 63), dimandarsi: l'energia elettrica esercita per se stessa o per azione fisica, chimica, meccanica da essa prodotta, una azione sull'essere vivente? E quale? Dalle innumerevoli osservazioni fatte, sembra che non debba esservi dubbio che la applicazione elettrica, la più localizzata, agisca sullo stato generale del malato migliorandolo in modo considerevole.

Ma ciò non è proprio quello che ci chiediamo, ben altrimenti potendo avvenire le cose in un organismo sano.

E per risolvere ciò bisogna agire su questo ultimo. Tre mezzi si offrono a noi:

Studiare l'azione di questo agente su degli esseri o degli organismi in pieno sviluppo.

Ricerche della sua influenza sulla termogenesi.

Sapere come agisce sul metabolismo azotato.

La prima azione è stata ben studiata da Caprioti e Piccino, le cui esperienze ci permettono di affermare che l'elettricità esercita una azione innegabile sullo sviluppo degli organi singoli e dell'organismo in toto.

Le ricerche che sono state fatte sulla termogenesi animale conducono a delle conclusioni simili, cioè in tutti i casi in cui le osservazioni sono state fatte col voluto rigore, si è constato che l'organismo nel suo complesso, reagisce all'azione dell'energia elettrica con un aumento molto netto e considerevole della termogenesi, cioè a dire con un aumento della combustione organica.

Ed ecco un primo fatto che ci permette di intravedere, che questa azione generale sulla combustione organica, debba tradursi con una azione parallela al metabolismo dell'azoto.

E dalle ricerche fatte in questo ultimo quesito, logicamente si è condotti ad ammettere che la distruzione dei tessuti, traducentesi con un aumento dell'eliminazione azotata, è delle più attive durante il periodo della elettrizzazione. Da cui è facile concludere che l'energia elettrica esercita una azione marcata sulla attività cellulare.

Ma qui bisogna chiedersi: questa azione è diretta o agisce per l'intermezzo di un tessuto speciale regolatore degli scambi nutritivi; il sistema nervoso?

Per rispondere a questa questione non abbiamo ancora i dati sufficienti, avendo tutti i ricercatori portato le loro ricerche sul sistema nervoso. In ogni modo si può affermare che l'energia elettrica è un eccitante dell'attività cellulare, qualunque sia la natura e qualunque sia l'origine.

FAUSTO AMANTEA.

Formulario.

Contro i geloni (non ulcerati).

Pomata:

Canfora	g. 2.5
Carbonato d'ammonio	» 5
Oppio pol.	» 2.5
Acetato di piombo	» 10
Grasso depurato	» 60

Linimento:

Ossido di zinco	g. 4
Tannino	» 2
Canfora	» 8
Balsamo del Perù	» 6
Glicerina	» 20

IGIENE.

I guanti nella profilassi antimalarica.

Mentre l'uso delle reti per proteggere il letto e la testa si è andato diffondendo, non altrettanto si può dire dei guanti: certamente è necessaria una buona dose di pazienza per portarli nei climi caldi, ed è quindi difficile ottenere che persone, non intelligenti e non conscie del pericolo, ne facciano uso.

Anche i diversi preparati, da spalmarsi sulla pelle, che dovrebbero servire ad impedire le punture, non hanno dato buona prova, perchè, se in primo tempo le zanzare sfuggono, in seguito poi, evaporate le sostanze odorose, ritornano e pungono.

S. Konsuloff (*Archiv f. Schiffs- und Tropen Hygiene*, 1921, n. 91) propone di combinare le due protezioni, guanti e sostanze odorose. Egli usa guanti di tessuto sottile, ma pure abbastanza fitto (generalmente di batista), imbevuti leggermente con cresolo saponato: bagna con questo un pezzo di tela con cui avvolge i guanti, comprimendoli, in modo che ne siano appena inumiditi. Preparati in tal modo, essi non macchiano le mani e conservano per più di un mese il loro odore quasi impercettibile, ma sufficiente per impedire che le zanzare vi si posino. Invece del cresolo si può usare dell'olio di catrame.

L'A. ha portato a lungo tali guanti, rilevando sempre che le zanzare, che pur cercavano di avvicinarsi al viso, protetto dal velo, non hanno mai tentato di pungere le mani: egli ritiene di aver trovato una protezione durevolmente efficace, che non dà alcun fastidio, nè per l'odore, nè per il caldo. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1158) *Disinfezione di ambienti abitati da tubercolotici.* — Al dott. L. Z. da D.:

Nelle condizioni da lei esposte si può sempre provvedere ad una sufficiente disinfezione che permetta di subentrare in un appartamento, prima occupato da un tubercolotico, con piena tranquillità.

Lasci andare la disinfezione con la formaldide che è costosa e non raggiunge lo scopo.

Per i pavimenti, se è possibile, preferisca una accurata lavatura con lisciva bollente, previa una buona pulizia meccanica; altrimenti usi il sublimato al 10 ‰ che potrà adoperare anche per le pareti ed i mobili di legno. Se vi sono mobili, o parti di mobili, di metallo, ricorra all'acido fenico greggio o ai cresoli saponati (soluzione 5 %). *g. r.*

(1159) *Oppio e caffeina.* — Al dott. G. d. R.:

Non vè incompatibilità chimica nell'unione dell'oppio con la caffeina. Vi è però un antagonismo indiretto nell'azione dei due farmaci In casi particolari, usufruendo di adatte dosi, il medico può trascurare o utilizzare addirittura questi antagonismi farmacologici.

Per il secondo quesito siamo dolenti di non poter dare una risposta qualsiasi, trattandosi di un caso clinico particolare e la posta degli abbonati ha nel suo programma l'assoluta esclusione dei consulti a distanza.

t. p.

(1160) Al dott. B. Dormia suggeriamo:

A. DODERLEIN e B. KRÖNING: *Ginecologia operativa.* Traduzione Fassi Zamorosi. Prefazione Mangiagalli. Vallardi ed. — *Traité de Gynécologie* par POZZI G. avec la collaboration de F. YAYLE. Paris, Masson et C., éditeurs.

C. MICHELI.

(1161) Al dott. G. M. da Alatri:

L'opera del prof. Campana sui «morbi venerei e sifilitici» fu pubblicata dalla Unione tipografica editrice Torinese.

V. M.

(1162) Al dott. E. Lolli da Viadana:

«L'Igiene Moderna» si pubblica a Genova, via A. Bertani, 5; può anche avere un estratto del lavoro, dirigendosi direttamente al dott. D. Falleroni, il quale è Ispettore superiore medico presso la Sanità pubblica (Ministero dell'Interno), in esso troverà le altre indicazioni richieste.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Concorsi e concorrenti.

Dopo l'immane cataclisma bellico ultimo doveva iniziare un'era di riordino e di rinnovo in tutte le manifestazioni della vita civile (quanti propositi e quanti *organizzatori* sono pullulati!); e nuove discipline pareva dovessero governare anche la vita della Famiglia sanitaria: disciplinare, cioè, il movimento, far migliorare le condizioni economiche, elevare sempre più il prestigio della Classe sanitaria in cospetto del pubblico, dare nuova forma al servizio di assistenza sanitaria da parte dello Stato. Nella lunga attesa — fra *si* e *no e ni* — del varo della Legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie sono saliti ad un bel numero, intanto, dalla conclusione della pace, i concorsi notoriamente aperti per i posti di Medico presso pubbliche Amministrazioni. Pur troppo, però, non poche volte tali concorsi non si sono svolti e compiuti nella forma più piana e regolare e chiara, tutt'altro. Quale e quanta piacevole materia degna di considerazione si raccoglierebbe se fosse possibile seguire lo svolgimento di tutti! Riuscirebbe, certo, uno studio anche utile, che potrebbe guidare finalmente ad un riordinamento razionale, semplice, moderno e snello dei concorsi in genere; e meno accessibile con le disposizioni vigenti a creare delle complicazioni compiacenti, qualche volta delle vere *pastette*, quali si deplorano ancora nonostante le disposizioni legislative; nonostante la sorveglianza serena, ma qua e là più o meno attivamente vigile delle Corporazioni professionali; nonostante le indicazioni delle Commissioni tecniche sanitarie giudicatrici dei concorrenti.

In un luogo càpita di trovare l'incaricato temporaneo od *interino*, riuscito a rifugiarvisi durante il servizio militare all'epoca della guerra o sul finire di essa, che vi si è abbarbicato e si è venuta creando una condizione privilegiata e quasi dei diritti morali; e nessuno ha voglia ormai di sradicarlo. In un altro luogo il concorso viene bandito... sottovoce; in *sordina*, di malavoglia; e modestamente incamminato per le vie più anguste a fare atto di presenza (pubblicità così non certo chiassosa e solo perchè obbligatoria; quasi una *réclame* negativa) limitatamente in piccoli centri, nei quali risiede magari un solo medico del Comunello! In tutto questo dopo guerra quasi tutti i concorsi offrentisi con lodevole esibizionismo concernono località sparse in bassa pianura (e magari malariche) od in alta montagna. Di posti vacanti in località un po' comode, in vicinanza di ferrovie e di città, per esempio, ben raramente si ha notizia. Di altre vacanze di posti, invece, si ha notizia (guarda combinazione!) solo quando il nome della località appare tra quelli dei posti all'indice o *diffidati*; poi, tornano a scomparire, e chi riesce a scovare più pubblica notizia ancora di essi è molto bravo. Quanti concorsi espletati senza che sia stata mandata notizia ad Ordini di Medici di altre Provincie, neppure *viciniori*, nè alla Federazione degli Ordini! sfuggono anche a chi li cerca! Può accadere, poi, perfino che venga nominato (dopo rinuncia al posto del primo classificato in graduatoria di merito) uno laureato da pochi anni, sebbene indicato quinto o sesto nella graduatoria stessa; e ciò nonostante che nell'avviso di concorso non si fosse espressa riserva di nominare altri dei concorrenti in caso di rinuncia del primo. Ma, grazie a precedente interinato, con le solite spontanee petizioni di famiglie (petizioni che ricordano un po' la *insostituibilità* dei tempi bellici) si ottiene la nomina al posto in barba al giudizio della Commissione tecnica, in barba agli altri colleghi concorrenti giudicati più favorevolmente nella stessa graduatoria, in barba alle disposizioni legislative. Non basta: altrove si stabiliscono formalità non solitamente richieste, trascurando qualcuna delle quali si avverte che si viene esclusi dal concorso. E così le esigenze si spingono a richiedere date recentissime — perfino di non oltre un mese — dei documenti ufficiali, che sono poi tenuti a giacere per lunghi mesi negli uffici; dichiarazioni di salute da parte di Ufficiali sanitari, e magari solo da quello del luogo dove il posto è a concorso; esami; specchietti delle votazioni conseguite negli esami speciali ed in quello di laurea; presentazione dei documenti, e non del solo elenco di essi, pur accettato in altri luoghi; certificato di iscrizione ad un Ordine di Medici, ora richiesto ora no. Restrizioni le quali inducono talora a pensare che il posto sia stato creato per l'individuo; e che il concorso sia una formalità obbligatoria, alla quale non si può esimere come una volta con le nomine dirette; ed appare una noiosa e mal sopportata imposizione. E così, con tante condizioni, qualche colpo viene fatto; perchè qualche concorrente poco attento e poco pratico viene eliminato, e perde magari un posto per un pezzo di carta ben poco importante. Così pure il concorso somiglia un poco ad un gioco alla sorte anche per l'ammissione; tanto più che certe restrizioni (età; elenco o documenti originali od almeno in copia notarile, legalizzazioni oltre quelle prescritte per legge, e via via) sono — come si accennò — variamente interpretate secondo le diverse Commissioni giudicatrici. Ancora: perchè in tanti concorsi dalla chiusura di essi alla nomina deve correre un tempo lunghissimo (di mesi e mesi e perfino di anni!) così da ridurre ad un'attesa snervante a questi lumi di luna, e da non permettere di poter prendere parte a più di un paio di concorsi all'anno al massimo, se non si possiedono anche delle costosissime copie notarile dei documenti? Quasi immancabili dappertutto sono i limiti di età: e spesso bassi, anche per posti da occupare in territori con poca popolazione in pianura e poco estesi: inconveniente forse derivato da materiale trascrizione del capitolato modello inviato ai rispettivi Comuni dagli Ordini Provinciali, senza tener presente nei vari casi che l'indicazione dell'età è generica e

può logicamente subire oscillazioni secondo i posti a concorso. Che dire dell'interpretazione del famoso art. 27 del Regolamento generale sanitario nel capoverso che tratta dei casi nei quali sono concessi gli esoneri dai limiti di età dei concorrenti? Non pochi Comuni, bontà loro, arrivano a prosciogliere dall'obbligo del limite di età che hanno creduto bene di imporre solo i sanitari in *attività* di servizio *titolare* presso pubbliche Amministrazioni.

Anche all'occhio più profano ed a quello del più candido ottimista tutte queste complicazioni in dettagli piccoli ma pure importanti sì da diventare anche veri ostacoli; tutte queste varietà di formalità (a cagione delle quali per un inezia si può perdere un'occasione di concorrere e forse anche un posto), tutte queste restrizioni che liberalmente applicano i Comuni si prestano al crearsi di babilonie, nuocciono alla chiarezza onesta, possono favorire inconvenienti e non dimostrano molto rispetto, in fondo, verso la classe medica. Nè per questo la serenità ed il rigore di cernita nella qualità guadagnano punto. E basta bazzicare appena per gli uffici dei Comunelli per vedervi dimostrato a che riducono alcuni moderni Machiavelli locali stessi la considerazione verso i Medici, anche in un primo incontro: ad un contegno, cioè, appena corretto nella forma, sì che non sempre riesce evitato che trapeli una vaga dose di disprezzo e di acredine. Chi non sa che ora i Medici sono in molti a disputarsi degli umili posti; una volta offerti sulle porte delle Cliniche prima ancora che fosse stata conseguita la laurea? E proprio i Comuni, o chi per essi, ignorano l'accanimento fra i Medici a contendersi un posto con qualunque mezzo? Quando una merce abbonda è deprezzata e disprezzata, tanto più se la qualità è in proporzione inversa della quantità, tanto più se soffre di esibizionismo a qualunque costo, senza troppi scrupoli (in quante Provincie perdurano servizi *a scavalco*, nonstante la pletora dei Medici!); tanto più quanto più la solidarietà è ancora solo collettiva, forse, ma poco sentita fra medico e medico. Quante volte si è udito e si ode ancora — e non negli ambienti sanitari più modesti solamente — dire ad un cliente da un medico: il collega ha sbagliato; ora è troppo tardi, ecc., ecc.! Critica ancor più che cattiva sciocca e in ogni modo sterile, che nessuno ignora e che tutti biasimano, d'accordo; eppure, non manca chi vi ricorre ancora, forse perchè talora comoda. Proprio questo si continua ad udire quando si comincia, invece, a trovare un po' di buona ed onesta e vera solidarietà fra altre classi di professionisti e fra gli operai, anche fra quelli addetti alle più modeste occupazioni. E così costoro salgono anche per questo nel concetto del pubblico e si guadagnano sempre maggiore considerazione; i medici, in genere (doloroso ma vero), scendono.

Ma, tornando all'argomento principale, i rimedi a queste sicure croci evidenti ed a queste possibili illecite delizie nascoste? Sono possibili i rimedi atti ad avviare ad un perfezionamento del sistema dei concorsi sanitari? Perfezionamento che sia un po' più sufficiente, per ora almeno; considerando che la parola perfezionamento nel suo significato moderno non è certo sinonimo di perfezione.

Si avvicina l'inizio di un nuovo anno; perchè non si potrebbe in questo scorcio del 1921 gettare le basi per togliere i più gravi e lamentati inconvenienti che si vanno verificando nei concorsi? Non mancano, certo, i concorsi seri, ossequienti alle più importanti prescrizioni unicamente, dai quali sembra esulare qualunque dubbio di *giochetti*, perchè evidentemente preparti con palese intendimento di nominarsi un buon sanitario nella persona del primo proposto nella graduatoria; e ad essi si accosta con fiducia il candidato. Ma tutte dovrebbero comportarsi nello stesso modo le Amministrazioni pubbliche; neppure a poche deve essere possibile e lecito... l'illecito, e riuscire a questo magari proprio con gli stessi mezzi posti a garanzia dell'imparzialità del concorso. Qualche buon colpo di accetta rompendo il presente folto e intricato bosco permetterebbe il libero penetrarvi di un po' di luce, di un po' di serenità; e rischiarebbe, semplificandola, tutta la procedura dei concorsi, senza fare rinuncia a quelle garanzie le quali certo devono essere richieste in simili casi. A questo proposito, però, va ricordato che a furia di garanzie è accaduto (come accade spesso) che stabilito un regolamento dei concorsi si è venuti poi a complicarlo ed anche in qualche parte a distruggerlo nell'applicazione pratica con interpretazioni sempre più restrittive ed anche arbitrarie, come è capitato col citato ultimo capoverso dell'art. 27 del Regolamento generale sanitario.

Prima di tutto non si potrebbe fare obbligo a tutti gli Ordini dei Medici di comunicare subito alla Federazione degli Ordini i posti via via messi a concorso nelle rispettive Provincie! E la Federazione non potrebbe a sua volta comunicare tali notizie a tutti gli Ordini d'Italia, anche solo con avvisi dattilografati — da sostituire in seguito con un vero e proprio Bollettino settimanale dei concorsi, interinati, ecc., dei posti insomma in qualunque modo vacanti — affinchè possano essere conosciuti tutti in tempo utile; richiedendo in pari tempo dai Comuni (per nominare i più frequenti assuntori dei medici) che a tale scopo elevino il termine per la scadenza dei concorsi a 45 giorni al minimo dalla data di apertura? Non si potrebbe alla stessa guisa far conoscere i concorsi diffidati (oh certe oscure e comode e poco convincenti diffide!) e anche le revoche di diffide, che ora per mezzo dei giornali di classe non sempre vengono conosciute tutte tempestivamente? Non si potrebbe stabilire un concordato fra Ordini e Comuni, secondo il quale siano richiesti documenti di rito sempre e dappertutto uguali? che sia sempre e dappertutto di tre mesi il limite della data utile dei documenti ufficiali; tranne, al più, per il certificato attestante la salute fisica, che potrebbe essere ridotto ad un mese? o addirittura sempre e dappertutto essere riconosciuto valido solo se rilasciato da Ufficiali sanitari o da Medici Provinciali? o, meglio ancora essere soppresso e sostituito da visita collegiale, come si terrà parola più avanti? Sarebbe evitato così an-

che l'affronto che viene in certo qual modo e lontanamente a colpire gli altri medici in genere per la diffidenza contro le loro testazioni che tale rigore lascia dubitare. Non potrebbero, ancora, le pubbliche Amministrazioni impegnarsi a procedere alle nomine entro tre mesi dalla chiusura dei concorsi? La presentazione del certificato di iscrizione in un Ordine dei Medici, poi, dovrebbe essere addirittura costantemente prescritta come prova di esercizio attivo, sì da essere considerato dagli aspiranti un documento di rito.

Per i posti importanti si capisce l'obbligo degli esami; ma non è superflua se non puerile la frequente richiesta degli specchietti delle votazioni con le quali è stata ottenuta l'approvazione negli esami speciali e nella laurea? E non sarebbe, finalmente, ora di venire ad un accordo per stabilire se si devono presentare tutti i documenti o anche solo le copie di essi; o se basta presentare il semplice loro elenco? Tutte queste sfumature diverse di libera procedura creano delle perplessità, delle omissioni da parte degli aspiranti; e si presentano con una certa aria di agguati tesi per sorprendere qualche concorrente non troppo minuziosamente preciso nelle formalità: il malaccorto viene gentilmente eliminato dopo che ha speso (meschino!) fior di quattrini per preparare i suoi titoli. Se si continua per questa via di lasciare imporre le condizioni le più insolite strane ed inutili, dove si va a finire? Se non si è ancora arrivati a trovarli frequenti, possono ben diventare in avvenire numerosi i concorsi *indovinello-canzonatura!*

Perchè i limiti di età, specialmente nei concorsi modesti di quiescenza? Non può forse essere fisicamente idoneo anche un medico di 45-50 anni quanto uno di trenta? in certe zone limitate od in uffici quasi sedentari non possono essere utili, anzi, anche i colleghi disgraziatamente affetti da qualche imperfezione fisica, pur essendo poco adatti al cammino? Del resto, anche limitando la scelta fra medici giovani, a loro volta questi diventeranno anziani, per usare un eufemismo. E allora? Pensano o sperano, forse, le Amministrazioni le quali hanno un debole per la *giovinezza* che i loro sanitari se ne vadano prima che comincino a declinare? Sono forse disposti a tollerare un eventuale servizio manchevole da quel sanitario dal quale hanno spremuto un superlavoro nei primi anni di servizio in piena virilità, giunto che sia poi in età inoltrata? è dubbio. D'altra parte, possono pure essere nominati (grazie alla condizione privilegiata loro creata dal citato articolo 27) dei medici in età provenienti da altri uffici pubblici o che vi furono, previo accertamento della loro idoneità fisica; e, di fatti, qualche volta si ha notizia di tali nomine. Come, dunque, si trova idoneità fisica anche ad un'età non più fresca per i provenienti da altri uffici, così è di evidenza lapalissiana che la stessa si potrà trovare anche nel candidato anziano che non occupò mai uffici sanitari pubblici! L'ostacolo all'assunzione di tali professionisti proviene dalla troppo tardiva iscrizione loro alla Cassa pensioni? Non parrebbe, perchè le Amministrazioni per loro conto non subiscono nessun danno, dovendo pagare la loro quota anche quando il posto è vacante; e come non mancano medici, d'altronde, che abbandonano il servizio presso pubbliche amministrazioni dopo qualche anno di versamento di quote per la pensione, così dovrebbero poter essere ammessi all'iscrizione per la pensione anche i sanitari i quali iniziano tardi il servizio presso le pubbliche Amministrazioni appunto. Sono probabili quote utili solo per la Cassa, delle quali il funzionario anziano non godrà mai i frutti per quanto magri, almeno finora. Nei concorsi per posti in montagna spesso manca il limite d'età (mentre là proprio occorrerebbe) perchè i concorrenti vi si presentano non numerosi; eppure, verrà bene risolta in tali casi la questione della pensione!

Queste considerazioni dovrebbero condurre senz'altro all'abolizione dell'illogico limite d'età; al quale è, del resto, anche ora possibile sfuggire con un certificato di servizio anche di pochi giorni quale titolare in un Comune; o anche solo con qualche mese di interinato, secondo le più o meno larghe interpretazioni delle varie Commissioni tecniche giudicatrici dei concorrenti.

Sarebbe possibile in tal modo anche a sanitari di media età, pei quali sarebbe prematura la condizione di riposo, di essere di qualche utilità perchè ancora capaci di lavoro. Esclusi dalla possibilità di posti fissi, ad essi non rimane che la concorrenza — dannosa per tutti — nel libero esercizio professionale; perchè se fisicamente sono inadatti al servizio di condotta, tanto meno lo saranno per quello di interinato, che obbliga a vivere fuori di casa propria ed a correre da una parte all'altra d'Italia. Inoltre, interinati e supplenze sono diventati ancor più rari in questi tempi, sono essi pure disputati in vari modi, specialmente se comodi; e ottenere l'assegnazione di qualcuno non è tanto semplice.

Le quistioni del limite di età e del certificato di salute si possono eliminare senza intaccare affatto le garanzie per le Amministrazioni pubbliche: si abolisca il limite d'età *sic et simpliciter* da per tutto. Guida per le eliminazioni in ogni caso (tanto per l'ammissione ai concorsi quanto per l'obbligo di cessazione dai servizi, tranne forse quello militare) dovrebbe essere la *constatazione delle condizioni individuali*, in relazione col posto, fisiche e mentali. E si abolisca l'obbligo di presentazione del pleonastico attuale certificato di salute; il quale pare che non sempre abbia l'onore di riuscire un certificato sufficientemente persuasivo. All'abolizione del limite d'età si può sostituire un illuminato criterio nella scelta del candidato, secondo le condizioni del posto vacante; ed al certificato di salute si può sostituire la clausola dell'accertamento dell'idoneità fisica (pure secondo le caratteristiche di ogni singolo posto a concorso) da eseguire sul neoeletto da parte del Medico Provinciale o di una Commissione sanitaria — la stessa giudicatrice del merito, per esempio — a spese dell'Amministrazione interessata; chiamando il successivo in graduatoria, qualora non sia stata riscontrata l'idoneità fisica nel primo, e così via.

Perchè, infine, richiedere il certificato di immunità penale e quello di salute anche ai Medici

tuttora in servizio, quando si presentano candidati in un altro posto? Almeno, tolto l'obbligo di presentare i nominati titoli, sarà risparmiata così ai concorrenti sfortunati la spesa non indifferente di alcuni certificati.

Con l'ampio respiro proveniente dalle suaccennate falcidie; col semplificare, rimuovendo tutti gli ingombri quasi del tutto inutili; con l'unificare le condizioni per le ammissioni ai concorsi della stessa specie, per lo meno, con illuminato spirito di modernità, i concorsi stessi acquisterebbero speditezza e maggiore fiducia; e verrebbero eliminate molte complicate formalità, che si possono eventualmente prestare a trabocchetti. Complicazioni che non aumentano le garanzie di buona scelta e di imparzialità, e che non evitano i favoritismi, anzi li rendono possibili (se no, sarebbero superflue); nè sono giovevoli alle pubbliche Amministrazioni veramente desiderose di buona scelta, perchè tengono lontani dei concorrenti che potrebbero essere meritevoli di nomina. E come non può venire a mancare anche l'animo e la voglia di ritentare concorsi quando si incontrano sempre nuove e più oscure e sconsolanti difficoltà per accedere ad essi; difficoltà che sembrano opposte solo per alimentare il dubbio e per spegnere la fiducia? La perfezione non si raggiungerà mai in nessuna cosa, è vero; ma allo stato attuale delle cose, con le condizioni richieste dai Comuni da una parte, e con le condizioni imposte dalle Corporazioni mediche dall'altra, in difesa di tanto in tanto dei principi, quasi ogni concorso si vede attraversare peripezie (e qualcuno ne approfitta) prima di entrare in porto. Così che lagnanze contro i concorsi si leggono ormai quasi in ogni giornale medico.

È vero, contro alcuni degli inconvenienti enumerati gli Oronzi possono protestare ed anche ricorrere, sì; in certi casi potranno anche arrivare ad avere la soddisfazione di non sentirsi dar torto; ma intanto le occasioni ed i posti sono perduti.

Tanti insulsamente esclusi dai concorsi e costretti a lunghi *ozi forzati*, e tentati per ciò a buttarsi alla concorrenza, potrebbero ancora essere utili, per lo meno per qualche tempo ancora. Dopo qualche anno cambierebbero, in caso, occupazione, si dedicherebbero magari ai campi, ben lieti di lasciare i posti a colleghi che si sentono chiamati a continuare a servire l'alta scienza.

Ancora una postuma osservazione. Sta bene imporre le diffide, se occorrono; ma non sarebbe logico stabilire anche in pari tempo la loro scadenza, ricorrendo a provvedimenti più gravi in caso di inefficacia di essa? non si otterrebbe così che venisse un poco più sollecitamente provveduto alle irregolarità che hanno provocato le diffide stesse? La mancanza di un termine ad esse ha fatto salire i concorsi ora diffidati ad un numero quasi superiore di quelli regolari; vedere per credere uno degli ultimi fascicoli del *Medico Condotto*. Alcuni concorsi vi si trovano diffidati — chi sa poi perchè — da mesi ed anni! Se continua, fra poco non sarà più possibile nessun concorso.

Bologna, dicembre 1921.

LODOVICO MANTOVANI.

Cronaca del movimento professionale.

Primo Convegno nazionale dei medici infortunisti e degli studiosi di assicurazioni sociali.

Il rinnovato interesse destato in questi ultimi tempi dall'Assicurazione contro le malattie ha portato in prima linea la questione dei rapporti che dovranno intercedere fra questa e le altre forme di Assicurazione sociale e specialmente di quelli fra l'Assicurazione-malattie e la Assicurazione-Infortuni. In recenti Convegni (Milano, Trieste), che hanno avuto una grande eco, il problema di questi rapporti fu appena sfiorato, per quanto detti Convegni abbiano concluso con voti di una notevole gravità sia nei riguardi dottrinali, che pratici della questione.

Questa gravità fu subito avvertita dalle persone che per ragioni di studio o di pratica professionale si interessano dell'Assicurazione-Infortuni e contemporaneamente, da diversi campi, fu avanzata la proposta di un Convegno che esaminasse la questione dei rapporti fra Assicurazione-malattie ed Assicurazione-Infortuni.

La Federazione italiana fra Medici Infortunisti e Studiosi delle Assicurazioni Sociali, ha accolto volentieri l'invito di patrocinare il Convegno, ed ha stabilito, d'accordo col Comitato sorto a Torino per l'attuazione del Convegno stesso, che questo debba concernere i due temi:

1) Riforma della Legge Infortuni. (Relatore prof. Borri, R. Università di Firenze);

2) Rapporti fra l'Assicurazione-malattie e l'Assicurazione-infortuni. (Relatore prof. Pisenti, Direttore Servizi Medici Cassa Nazionale Infortuni, Roma).

Il primo tema fu stabilito nella previsione che la riforma della Legge Infortuni (ormai matura, e di cui ancora recentemente la Federazione si è occupata) possa andare di pari passo con la creazione legislativa dell'Assicurazione contro le malattie, e perchè dalle modalità di questa riforma derivano riflessi di grande importanza per la questione considerata nel secondo tema.

Il quale tratta più specificatamente qualità, grado ed estensione dei rapporti che devono intercedere fra le due forme di Assicurazione, considerate nella loro genesi, nei loro scopi e nei loro sviluppi; in quanto si possono coordinare, ed in quanto debbono essere mantenute distinte.

La Federazione e il Comitato promotore rivolgono l'invito di partecipare al Convegno oltrechè ai soci della Federazione ed ai medici in generale, a tutte quelle persone, ed a tutte quelle organizzazioni padronali od operaie, professionali, scientifiche o politiche che abbiano nella sfera della loro attività rapporti, od interessi nella soluzione del problema assicurativo.

Il Convegno sarà tenuto a Torino nei giorni 8 e 9 gennaio. La quota di adesione è fissata in L. 10.

Per informazioni, schiarimenti, adesioni, ecc., scrivere al dott. Giovanni Antonio Vigliani, segreteria del Comitato in via Ospedale, n. 20, Torino.

Per l'assicurazione-malattie.

I medici di Milano e Provincia, per invito del presidente dell'Ordine e del Sindacato, convennero in assemblea per udire dal prof. Filè Bonazzola, dopo il Convegno di Trieste, le condizioni in cui si trova la questione riguardante il progetto di legge sull'assicurazione contro le malattie.

Dopo breve discussione, cui parteciparono i dottori Arsuffi, Montanari, Luraschi, Carrobio, venne approvato un ordine del giorno proposto dal dottor Picolli, col quale si chiede che il progetto di legge sia vagliato da una Commissione, composta dagli esponenti delle varie categorie interessate (organizzazioni mediche, proletarie, società di mutuo soccorso, Istituti di previdenza, ecc.), perchè dall'accordo scaturisca un programma sui punti ancora controversi; si fanno voti che in tale ordine d'idee entri tutta la classe medica italiana.

Ordine dei medici della provincia di Roma.

Il Consiglio Amministrativo dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, nella sua seduta del 19 novembre 1921, presa conoscenza degli onorari irrisori e degradanti ancora una volta stabiliti nel R. D. 2 ottobre 1921, n. 1366, recante modifiche al Regolamento per la esecuzione della Legge per gli Infortuni degli operai sul lavoro; decreto che sanziona la obbligatorietà per i Medici di redigere certificati, spesso di somma importanza e responsabilità, dietro compenso da *una* a *cinque* lire,

Denuncia ai Colleghi ed ai cittadini il trattamento iniquo al quale è sottoposta, dagli organi dello Stato, l'opera medica, e protesta energicamente contro l'offesa arrecata alla dignità della classe.

***

Il Consiglio Amministrativo dei Medici della Provincia di Roma, nella sua seduta del 19 novembre 1921, esaminate le modalità in base alle quali è stato indetto e si svolge il concorso al posto di medico di reparto delle Ferrovie dello Stato;

Esprime il proprio rammarico perchè tra i documenti del concorso non sia stato richiesto, in ossequio alla Legge 10 luglio 1910, n. 455, il certificato di inscrizione nell'Albo di uno degli Ordini Provinciali;

e fa voti:

Che la Commisione Esaminatrice, nella formazione della graduatoria, voglia tener conto della speciale considerazione accordata dall'art. 35 del Regolamento per il Servizio Sanitario, solo nei casi di assoluta parità dei titoli presentati dai concorrenti; in modo che sia rigorosamente esclusa la possibilità che titoli scientifici o meriti speciali vengano posposti a semplici titoli di servizio.

E che la stessa Commissione voglia altresì esaminare gli eventuali cumuli di incarichi goduti dai concorrenti, escludendo dalla nomina coloro ai quali possono rendere impossibile o difficile un regolare e coscienzioso disimpegno del servizio che sarà loro affidato.

Vittoria di sanitari.

A soluzione di una lotta condotta contro il comune di Recalmuto (Girgenti), la Giunta Prov. Amministrativa ha fatto giustizia dei deliberati di quel Consiglio comunale, relativi alla soppressione delle due condotte mediche e della condotta veterinaria ed al relativo licenziamento dei sanitari in carica. La Giunta ha riconosciuto il diritto di stabilità sia pel veterinario, nominato per chiamata e in condotta facoltativa, sia per i medici condotti, nominati senza concorso, ma anteriormento al 1904.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9177) *Cura dei poveri ricoverati nell'Ospedale.* — Dott. F. B. da S. G. I. — Stando alla esplicita dichiarazione contenuta nel capitolato, Ella deve ricevére compenso speciale per la prestazione che esegue a favore dei poveri ricoverati nell'Ospedale.

(9178) *Associazioni mediche.* — Dott. F. B. da P. B. — Il medico condotto non ha alcun obbligo per legge di inscriversi alla Associazione dei medici condotti. Nulla è stabilito per le riduzioni ferroviarie a favore dei medici condotti.

(9179) *Ricchezza mobile.* — Dott. S. N. da C. — Il nuovo aumento di stipendio ha costituito uno stato di diritto fra Lei ed il Comune, regolato non più dalle antiche norme, ma bensì dalle nuove, quali derivano dalle leggi attualmente imperanti. E poichè le attuali leggi impongono a chiunque riceva uno stipendio di corrispondere la tassa di R. M., Ella non può più dispensarsene. Il pagamento deve avvenire in base a lire 4000 e non in base a lire 3140, che sarebbe la differenza fra il vecchio ed il nuovo stipendio.

(9180) *Ricchezza mobile - Pensioni.* — Dott. E. B. da B. — L'aumento transitorio è soggetto a ritenuta di Ricchezza mobile e Monte pensioni. Il Monte pensioni richiede annualmente la quota fissa di lire 132, quale che sia lo stipendio. Per ricchezza mobile sulle lire 7500, deve pagare lire 648.75, oltre l'aggio di riscossione.

(9183) *Aumento delle condotte.* — Dott. G. S. da B. — Il medico condotto in carica non si può opporre a che il Comune stabilisca una nuova condotta, in quanto che si è sempre liberi di ordinare diversamente il servizio obbligatorio pei poveri ed ampliarlo per renderlo meglio rispondente ai bisogni della popolazione.

(9185) *Stipendio - Aumenti.* — Dott. A. S. da P. M. — Dal momento che la G. P. A. nell'approvare le nuove tabelle organiche del personale dichiara che coloro che godono di uno stipendio superiore lo conservano come assegno *ad personam,* Ella ha, pel nuovo anno, diritto a percepire L. 5940 e non, come pare che si voglia fare, lire 4500. Contro il bilancio pel venturo esercizio ricorra alla G. P. A. chiedendo lo annullamento della decisione consiliare.

(9186) *Concorso esibizione di documenti.* — Dott. G. T. da P. — Non solo debbono essere rilasciati ma anche esibiti prima della chiusura del concorso i documenti richiesti dal bando. Non vi sarebbe ragione per dolersi della esclusione dal concorso per tale ragione, che se non osservata danneggerebbe gli altri concorrenti.

(9187) *Triennio di servizio - Inizio.* — Dott. E. B. da S. — Il triennio di servizio decorre dal giorno in cui ha cominciato ad esercitare la carica.

(9188) *Stipendio - Caro-viveri.* — Dott. G. N. da M. — Ella può chiedere alla G. P. A. tutti gli aumenti sullo stipendio che Le sono dovuti in base alle norme ed alle leggi vigenti. Vegga la legislazione sanitario in rapporto all'esercizio professionale del comm. Vigo, ove troverà elencati gli aumenti che potrebbe chiedere ed ottenere.

(9191) *Pensioni.* — Dott. P. C. da I. — Le quote pagate dal Comune per la Cassa pensioni non vanno a beneficio di alcuno; vanno alla massa. Non è possibile assolutamente farle devolvere a beneficio dello interino.

(9192) *Nomina a medico condotto.* — Dott. E. P. da M. — Con la nomina ottenuta a seguito di concorso e con i 22 mesi di interinato già fatti, è stabile. Può ottenere tutti quei vantaggi, che la legge sanitaria accorda ai medici titolari delle condotte. Può chiedere il congedo per infermità.

(9193) *Indennità caro-viveri.* — Dott. C. C. da C. O. — A Lei, come celibe, compete la indennità caro-viveri di lire 65 mensili. Non monta, che abbia persone di famiglia conviventi ed a carico.

(9194) *Caro-viveri.* — Dott. N. G. da S. R. — Se nel nuovo stipendio è compresa l'indennità caro-viveri e ciò sia espressamente dichiarato, non Le compete alcun diritto aggiuntivo, ma se nulla è stato detto, ha diritto ad avere il caro-viveri, il quale è cespite integrativo dello stipendio ma non è in esso compreso.

(9195) *Caro-viveri.* — Dott. B. F. da P. — Nelle attuali condizioni del mercato non è possibile la eliminazione dei varî caro-viveri, che dovranno necessariamente durare finchè i bisogni della vita potranno essere più agevolmente soddisfatti. I nuovi aumenti quinquennali avranno principio dal gennaio 1920 e sulla base dello stipendio di L. 6000.

(9196) *Tassazione della carrozza.* — Dott. E. R. da V. — Essendo fornito di carrozza con rispettivo cavallo, deve pagare la tassa vetture, come tutti gli altri, in quanto che nessuna eccezione fa la legge per le vetture a servizio dei medici condotti.

(9197) *Concorso per la nomina a medico condotto.* — Dott. F. F. da V. — Quando nella graduatoria per la nomina del medico condotto sieno compresi molti concorrenti, il Consiglio comunale può sceglierne uno qualsiasi, ancorchè occupi l'ultimo posto, purchè idoneo ed eleggibile.

Doctor JUSTITIA.

ERRATUM. — Nel fasc. 50, pag. 1689, colonna destra, al posto della 1ª riga leggere: «bilito che il diabetico deve avere una alimen-».

CONCORSI.

ALA (*Trento*). — 2° reparto del circondario Ala-Pilcante; L. 8000 compreso onorario, c.-v., indennità di via; competenze per visite mediche in base all'analoga ordinanza del Commissariato Generale Civile.

ATELLA (*Potenza*). — Scad. 15 genn.; L. 3000 (*sic*), quattro quadrienni di L. 350 e due di L. 300; quale uff. san. L. 500 con sei quadrienni del dec.

ATTIGLIANO (*Perugia*). — Al 15 genn., L. 6000, doppio c.-v., L. 300 quale uff. san., L. 50 assicur. Servizio entro 15 giorni. Chiedere annunzio.

BOLSENA (*Roma*). — A tutto il 10 genn.; una delle due cond. con 4000 ab. di cui circa 1400 pov.; L. 7000 e 5 quadrienni di L. 500, diritto ai mezzi di trasp. Età limite 50 anni. Serv. entro 15 giorni. Ospedale, farmacia.

CHIUSI IN CASENTINO (*Arezzo*). — Scad. 15 genn.; L. 9000 oltre L. 4000 per cav., L. 1200 caro-viv., quattro quinquenni del decimo.

CONCORDIA SAGITTARIA (*Venezia*). — A tutto 20 gennaio, due cond.; L. 8570 oltre doppio c.-v.; lire 1500 per bicicletta, L. 1000 per zona malarica, L. 600 quale uff. san., L. 2 ogni pov. oltre i 1000. Chiedere annunzio.

GORGONZOLA. *Ospedale Serbelloni.* — A tutto il 15 genn., med. assist., L. 4000 lorde oltre L. 1500 quale 1° c.-v., L. 1000 quale 2° c.-v. (in corso approv.) e altri proventi; quattro quinquenni del decimo. Età limite 35. Nomina e conferma biennali. Chiedere annunzio.

GATTEO (*Forlì*). — L. 8000 ed 1/20 per ogni biennio, L. 3500 per cav.; a carico del Comune trattenuta monte pensione e assicuraz.; doppio c.-v.; lire 500 quale uff. san.; L. 1000 per la direzione dell'Ospedale «Ghinelli». Scad. prorogata 15 genn.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico primario pediatra e primario oculista; al 28 febbr.; età-limite 44 anni. L. 7000. Titoli od esami o titoli ed esami a scelta. Chiedere annunzio alla Direzione medica.

PIACENZA. *Ospizi Civili.* — Scad. 15 genn. Chirurgo primario dello Spedale Civile; L. 7000, onorario intero per gli atti operativi sui pensionati; L. 200 mensili di c.-v. Titoli ed esami. Rivolgersi ufficio di segreteria.

PIPERNO (*Roma*). — A tutto il 15 genn.; L. 8000 per 2000 pov., addizion. di L. 1.50, cinque quadr. del dec., doppio c.-v.; L. 500 per trasp. oltre 500 metri dal centro abitato, L. 500 pel carcere mandament. Inscriz. all'Ordine. Chiedere annunzio.

ROCCAMANA (*Terra di Lavoro*). — A tutto il 20 genn. è aperto il concorso pel posto di medico condotto. Centro, Frazione S. Croce e quella montana detta Statigliaro, L. 6000 e relativi benefizi di legge.

SANGEMINI (*Perugia*). — Al 15 genn., cond. interna; L. 6000 e doppio c.-v.; tre quinquenni del dec.; assicuraz. Età limite 55. Inscrizione all'Ordine. Servizio entro 15 giorni.

SANT'AGATA BOLOGNESE (*Bologna*). — Scad. 10 genn.; cond. interna; L. 8000 e quattro trienni ed

un quinquennio di L. 600 ciascuno; L. 1200 per il Ricovero Ospedale e altro modesto compenso dalla Congreg. di Carità; L. 50 (*sic*) dalla Società Operaia «La Fraternità» e L. 500 se uff. san.

SIGILLO (*Umbria*). — A tutto il 10 genn., proroga concorso condotta poveri; L. 6000, due c.v.; lire 250 quale uff. san., non obbl. di cav., ab. 2500 di cui 371 sparsi, farmacia. Qualora il num. dei concorrenti risulterà inferiore a tre, il concorso sarà nullo.

VILLA S. LUCIA (*Caserta*). — Al 25 gennaio condotta; L. 6000, doppio c.-v., L. 400 uff. san., L. 1000 cavalcat. in corso d'approvazione.

Per i mesi di gennaio e febbraio cercasi medico interino a 1400 nette, compresa indennità per cavalcatura. Per informazioni rivolgersi all'Ufficio Sanitario di Arquata del Tronto (Ascoli Piceno).

Medico riprenderebbe buona clientela in Stazione climatica o di cura estivale. Per eventuali proposte scrivere: Drugman, via Principe Umberto, n. 77 - Roma.

ALLERONA (*Perugia*). — Il Comune cerca medico-chirurgo interino per 60 giorni a partire dal 16 gennaio 1922. Scrivere al Segretario comunale di Allerona.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Bannio-Anzino-Calasca (Novara), per insufficiente stipendio.

Boicottaggi: Rocca di Neto (Catanzaro) a favore del dott. Gallo dimessosi per far abolire la condotta piena.

Revoca di diffide: Predore (Bergamo).

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia
(*Ottobre 1921*).

MALATTIE	5-9		10-16		17-23		24-30	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	65	202	42	121	49	228	62	274
Scarlattina. .	71	185	56	166	89	204	72	168
Vajuolo e vajoleide . . .	5	10	8	15	11	29	8	21
Tifo addominale . . .	505	1346	378	1078	473	1283	441	1133
Difterite e croup . . .	166	279	111	199	159	289	164	293
Dissenteria	49	101	29	71	48	107	41	130

Perdura la recrudescenza estivo-autunnale del tifo addominale. Con la settimana dal 17 al 23 ottobre vengono inclusi in questa statistica anche i casi di malattie infettive verificatesi nelle terre redente (Trentino, Venezia Giulia, Zara).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il nostro collaboratore dott. Enrico Bussa Lay, aiuto chirurgo nell'Ospedale Civile di Venezia, è stato chiamato a dirigere, quale chirurgo primario, il reparto chirurgico dell'Ospedale « Regina Elena » all'Asmara. Rallegramenti.

Il nostro collaboratore dott. Ennio Grossi è stato recentemente insignito dell'onorificienza di Cavaliere della Corona d'Italia. Rallegramenti.

Il premio Carnegie agli eroi civili è stato tributato in Francia a tre radiologi, vittime del dovere professionale: Leray, Jufroit e Vallant.

Il premio è di 50,000 franchi e di una medaglia d'oro.

NOTIZIE DIVERSE.

Corso di Perfezionamento in Oto-rino-laringoiatria.

Nell'anno scolastico corrente 1921-922 avrà luogo presso la Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica dell'Università di Roma, al Policlinico Umberto I, un corso di perfezionamento in Oto-rino-laringoiatria per i laureati in Medicina e Chirurgia, il quale durerà un trimestre. Il corso s'inizierà il 16 gennaio 1922.

Quelli che lo avranno frequentato regolarmente e che avranno superato la prova d'esame, riceveranno un diploma di perfezionamento in Oto-rino-laringoiatria.

Per esservi ammessi, si deve fare domanda su carta bollata di L. 1.15 al Rettore della R. Università, non più tardi dell'11 gennaio 1922, presentando: *a*) fede di nascita, debitamente legalizzata dal Presidente del Tribunale; *b*) diploma o certificato di laurea in medicina e chirurgia (anche di Università estere); *c*) quietanza di L. 200 rilasciata dall'Economo della R. Università. Si dovranno pure versare nella Cassa universitaria L. 73.90 occorrenti per sopratassa d'esami, per gli esercizi di laboratorio, per bollo ed indennità. Per ritirare il diploma, gli interessati dovranno in seguito presentare domanda su carta bollata da lire 1.15 e versare alla Cassa Universitaria L. 10.60

Scuola per periti medico-giudiziari e delle assicurazioni sociali.

Anche nel corrente anno accademico 1921-1922 ha luogo nella R. Università di Genova un corso pel conseguimento del Diploma di Perito Medico-Giudiziario e delle Associazioni Sociali istituito con Decreto Ministeriale 4 settembre 1920, n. 20946, presso l'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Genova.

Per informazioni e chiarimenti rivolgersi all'Istituto di Medicina Legale della R. Università in via Bertani, n. 5.

Corso di perfezionamento in oculistica a Parigi.

Il prof. F. De Lapersonne, assistito dal professor Terrien e dai dottori Haubant, Velter, Prelat e Monbrun, comincerà il 23 maggio un corso di perfezionamento, che durerà fino a tutto il mese di giugno e che consisterà in lezioni, esami clini-

ci, lavori pratici di medicina operatoria e manipolazioni di laboratorio. Lezioni ed esercizi avranno luogo tutti i giorni.

Un certificato speciale della Facoltà di Medicina di Parigi verrà rilasciato alla fine del corso.

I dottori e studenti francesi e stranieri che desiderano seguire il corso, dovranno farsi inscrivere presso la segreteria della Facoltà. Il numero degli uditori è limitato a 50. I diritti da percepire sono fissati in 150 franchi.

Corso d'igiene e assistenza medica infantile.

Per l'anno 1922 la Croce Rossa Italiana ha preparato due corsi di igiene ed assistenza medica infantile della durata di due mesi e mezzo ciascuno, che si svolgeranno in Roma nel suo Istituto «Fondazione Emilio Maraini, Preventorio per lattanti». Il primo comincerà il 10 gennaio 1922 e finirà il 20 marzo; l'altro si inizierà il 1° aprile e finirà il 10 giugno. Dopo ogni corso il Comitato Centrale rilascerà un diploma.

Le lezioni saranno così suddivise: 1° Clinica e terapia infantile; 2° Igiene infantile e profilassi delle malattie della nutrizione; 3° Igiene scolastica; 4° Malattie del naso e dell'orecchio nel bambino; 5° Profilassi e mezzi per combattere le malattie infettive; 6° Conoscenze indispensabili di ortopedia; 7° Ginnastica medica. La direzione dei corsi è affidata al prof. Francesco Valagussa.

La Presidenza generale della Croce Rossa Italiana limita le iscrizioni per ogni corso a 25 fra i laureati in medicina e chirurgia degli anni 1915-1919, residenti fuori di Roma, ai quali rimborsa L. 200 di spese di viaggio. Sarà data la preferenza agli Ufficiali della Croce Rossa Italiana che abbiano fatto la campagna 1915-1918 e fra questi ai decorati di medaglia d'argento o di bronzo al valore militare o della medaglia al merito della Croce Rossa guadagnata in Zona di guerra.

Le domande per il primo corso debbono essere indirizzate al Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana, via Toscana 10 - Ufficio II, prima del 31 corr.; quelle per il 2° corso prima del 15 marzo.

Possono frequentare il corso anche i medici residenti a Roma e gli studenti di medicina, inscrivendosi come sopra. Non è dovuta tassa alcuna.

La prima lesione avrà luogo nel «Preventorio Emilio Maraini» il giorno 10 gennaio 1922, alle ore 18.30.

Assistenti stranieri alla Facoltà Medica di Parigi.

In seguito a chiarimenti da noi chiesti, il decano della Facoltà Medica di Parigi, prof. Roger, c'informa che i medici stranieri possono essere ufficialmente addetti alle Cliniche della Facoltà quali assistenti, purchè accettati da una Commissione composta da tutti i professori della Clinica.

Questa misura è stata presa per favorire la diffusione, fuori della Francia, dei progressi compiuti in questa nazione, nel dominio delle conoscenze cliniche.

Gli assistenti stranieri restano in funzione da un minimo di tre mesi al massimo di un anno. Non può aversi più di un assistente straniero per ogni clinica. Allo spirare della loro funzione, viene rimesso loro un certificato. Nessun onorario è annesso alla carica d'assistente.

Per gli studenti stranieri in Italia.

Gli studenti che dall'estero vengano a studiare in Italia otterranno un viaggio di andata ed uno di ritorno con la riduzione del 75 % (vitto escluso) sui piroscafi delle Compagnie: Italiana Servizi Marittimi, Marittima Italiana, Sicilia, Puglia, Lloyd Triestino.

Occorre un certificato del Console per il vaggio di andata ed uno dell'Autorità scolastica italiana per il viaggio di ritorno.

Olimpiadi Universitarie.

Il Comitato olimpionico goliardico italiano ha stabilito di organizzare le prime olimpiadi universitarie a Roma, nell'aprile del 1923. Il Re ha concesso il suo alto patronato; l'Associazione della Stampa ed il Sindacato dei corrispondenti hanno impegnato la loro adesione per l'opera di propaganda.

I medici di Roma e del Lazio in onore del prof. Badaloni.

Ad iniziativa di un Comitato presieduto dal dottor comm. G. B. Buglioni, presidente della Federazione Umbro-Laziale dell'Associazione Nazionale di Medici condotti e composto di tutti i presidenti di sezione della provincia di Roma, è stato offerto al ristorante Nazionale un banchetto al comm. dott. Giuseppe Badaloni, medico provinciale di Roma.

In questo banchetto gli è stata offerta una artistica pergamena contenente i nomi di tutti i medici condotti della città e provincia di Roma e una artistica medaglia d'oro.

Erano presenti i seguenti medici: comm. G. B. Buglioni; dott. Renato Rossi, Alatri; dott. Bucchi Codro, per il Sindacato medico Laziale; dott. Morganti Emilio, per la Sezione di Viterbo; dott. Amerigo Petrilli, di Palombara Sabina; dott. Sante Mezzetti, Montecompatri; cav. dott. Carlo Ciarpella, Montelanico; Salvatore Galanti, Veroli; Carlo Grella, Faleria; Marcello Sbrozzi, Genzano di Roma; Filippo Balletta, Marino; Umberto Polidori, Fabrica di Roma; Massimi Adorno, Anagni; Cesetti Biagio, Capodimonte; Luigi Marzetti, Frascati; Giovanni Zampilloni, Civitacastellana; Pasquale Cataldi, Allumiere; Giovanni Falcone, Biagio Falcone, Colonna; B. Alberti, Palestrina; Francesco De Andreis, Ferentino; Umberto Colavitti, Civitavecchia; Gustavo Del Pino, Civitavecchia; Cesare Caccia, Sipicciano; Romeno Tonker, Arturo Saliotti, Rocca di Papa; Enrico Sorice, Giuseppe Caly, Nazzano; Leonardo Mazzini, Riano; Matteo Bonomo, Villa S. Stefano; Ilario Balducci, Paliano; Andrei Osvaldo, Ceccano; Zeffiro Matulli, Rignano Flaminio; Latini Alfonso, Michele Massari, Roccapriora; Pusca Pietro Alessandri, Segni; Carmine Tretola, Castelmadama; Tondo Francesco, Vetralla.

Spedirono telegrammi di adesione molti medici della provincia di Roma ed il sindaco di Tivoli,

congratulandosi per l'opera solerte del medico provinciale.

Al levar delle mense parlarono il dott. Buglioni, il dott. Morganti, il dott. Bucchi.

Il dott. Tonker, di Rocca di Papa, pronunziò un nobile discorso in lingua latina.

A tutti rispose il prof. Badaloni esprimendo, con animo commosso, la sua più viva gratitudine verso i colleghi per la indimenticabile manifestazione d'affetto tributatagli.

La commemorazione di Pietro Bertolini alla Scuola Regina Elena.

Per l'anniversario della morte di Pietro Bertolini, uomo di studio e di governo, ministro e finanziere, diplomatico e negoziatore di trattati internazionali, è stata tenuta una solenne commemorazione nella scuola «Regina Elena», creata al Policlinico dalla compianta principessa Emely Doria-Pamphili e dalla marchesa Maraini Guerrieri-Gonzaga, scuola che educa le nuove infermiere degli ospedali.

Quel che abbia fatto Pietro Bertolini perchè la scuola «Regina Elena» fosse dapprima creata e poi rinvigorita e consolidata, disse egregiamente, eloquentemente il prof. Lutrario, direttore generale della Sanità pubblica: con parola sincera e commossa, con autorità e consapevolezza di scienziato.

Assistevano alla cerimonia il conte Solaro del Borgo, rappresentante di S. M. la Regina Elena, l'on. Facta, l'on. Rossi, l'on. Clemente Maraini, il generale Morris, il prof. Ascoli, il prof. Bastianelli, il comm. Mazzolani, rappresentante dell'Amministrazione degli Ospedali riuniti, il dottor Corelli, il ten. col. Bissi, rappresentante della Croce Rossa, la marchesa Maraini-Guerrieri, la marchesa Targiani ed altre signore e signori.

Nell'aula era un gruppo di giovani allieve della scuola «Regina Elena» nel loro candido costume.

Il prof. Lutrario fu molto applaudito.

Pro infanzia a Ferrara.

Il Comitato di Ferrara della Croce Rossa ha deliberato d'impiantare una scuola all'aperto con colonia per la cura solare, una sala di degenza per gli infanti di madri operaie, una scuola d'istruzione e educazione delle madri operaie per l'allevamento dei loro bambini. A facilitare tali impianti il presidente prof. Cesare Merletti, direttore della R. Scuola d'Ostetricia di Ferrara, ha donato la cospicua somma di L. 20,000; la scuola all'aperto, per decisione del Comitato e a titolo di riconoscenza, s'intitolerà al nome di Bianca Merletti Fenini, la compagna eletta dell'insigne ostetrico ferrarese.

Per le levatrici.

Vedrà prossimamente la luce il periodico «La Ginecologia pratica», diretto dal prof. P. Carlini di Genova; in una prima parte conterrà contributi pratici, avviverà e aggiornerà conoscenze cliniche, scientifiche e medico-sociali; in un seconda parte sosterrà le rivendicazioni di classe (ad esempio: che vengano stabiliti per legge i diritti delle levatrici comunali, che si abbia una levatrice comunale ogni 2000 abitanti, che l'introito annuo non debba scendere sotto il minimo di L. 8000, che nelle assicurazioni malattie le levatrici comunali conservino i diritti acquisiti e che tutte le altre vengano assunte in servizio); recherà anche una rubrica di consulenza legale e informazioni varie.

La fondazione del periodico venne decisa al recente Congresso delle levatrici di Ferrara. La circolare del Comitato promotore termina con le parole:

«Levatrici d'Italia... ascoltate l'appello che vi giunge dalla terra di Giuseppe Mazzini. Come cento anni fa coll'uscita del primo numero della *Giovane Italia* s'iniziava l'unità della Patria, così ora coll'uscita della nostra Rivista deve iniziarsi l'emancipazione morale e materiale della Levatrice Italiana!».

Sciopero di infermieri.

Si è avuto a Parma uno sciopero d'infermieri, provocato dalla mancata concessione di miglioramenti economici da parte dell'Amministrazione degli Ospizi civili. All'Ospedale Maggiore, a quello degl'Incurabili, alla Maternità e alle Cliniche chirurgiche il servizio d'assistenza venne disimpegnato da soldati della Sanità.

Congresso panrusso degli epidemiologi e batteriologi.

Adunatosi a Mosca dal 25 al 31 maggio, ne è stato distribuito da poco il resoconto ufficiale.

Si apprende che il Congresso ha discusso e deliberato intorno alla diffusione ed alla profilassi della peste, del colera, della dissenteria, della malaria, dell'ittero epidemico, dell'encefalite letargica, della tubercolosi, della sifilide, dello scorbuto, del tracoma; si è anche occupato dei preparati batterici, delle stazioni pasteuriane (antirabiche) e del controllo sui sieri; dell'organizzazione dei mezzi antiepidemici, delle disinfezioni, della stampa medica; su quest'ultimo tema il Congresso ha riconosciuto la necessità di dare incremento ai periodici di microbiologia, epidemiologia ed igiene.

La notte dell'8 dicembre si spegneva in Napoli la nobile e laboriosa esistenza di ERRICO DE RENZI.

Nato in Napoli il 18 settemb[illegible] da Salvatore, illustre storico della Medicina, e da Maria Teresa Prudente, si laureò in medicina e chirurgia appena ventenne. Nel 1860, dittatore Garibaldi, fu coadiutore presso il Magistrato Supremo di Sanità a Napoli e Commissario medico per la Sanità marittima. Patriota ardente, nel 1866 corre tra le file dei Garibaldini e fu medico della Legione Napoletana. Nel 1867 riuscì primo nel concorso per l'Ospedale Maggiore di Milano e a 28 anni, nel 1868, per concorso ottenne la Cattedra di Clinica Medica a Genova.

Quando, nel 1884, divampò a Napoli l'epidemia colerica, dalla Calabria, dove si trovava a villeggiare, corse a Napoli a assunse la direzione del servizio sanitario nella Sezione Mercato, una delle più colpite dall'infezione.

Fu Consigliere comunale a Napoli, componente

del Consiglio Provinciale Sanitario, del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione, e Presidente della R. Accademia Medico-chirurgica di Napoli. Fu deputato nella provincia di Avellino e poi senatore del Regno. Ebbe numerose onorificenze nazionali ed estere.

Nel 1881 dall'Università di Genova passò a quella di Napoli, tenendo prima la Cattedra di Patologia medica, e poi, per concorso, quella di 1ª Clinica medica che lasciò, per la legge sul limite di età, nel 1914, ottenendo la nomina di professore emerito.

Egli si può dire il fondatore geniale, a Genova prima, a Napoli poi, del vero istituto di Clinica moderno, cui dette impulso e organizzazione mirabili. E al tronco glorioso della vecchia Clinica medica innestò, tra i primi, i nuovi rami fiorenti delle discipline ausiliarie, elevando, credo primo in Italia, la batteriologia, la chimica clinica, e la terapia fisica alla dignità dell'insegnamento ufficiale.

Padrone delle lingue straniere, fornito di salda preparazione, di memoria prodigiosa, di coltura generale e letteraria sorprendenti, egli seguiva giorno per giorno i progressi di tutte le nazioni nel campo della medicina, e fu sempre primo a studiare e ad applicare le più recenti conquiste nel campo della scienza medica.

Della sua poderosa e multiforme produzione scientifica io accennerò qui soltanto di volo alle sue ricerche e alle sue pubblicazioni sulla tubercolosi e sul diabete, sull'artritismo, sull'echinococco, sull'anchilostomiasi, ecc. Ricorderò come egli fu in Italia il primo e il più strenuo propugnatore della terapia fisica cui portò contributi preziosi e duraturi.

Ma egli fu sopratutto un maestro, nel senso più alto della parola, e lasciò ai suoi allievi più che un retaggio limitato di cognizioni, un vero metodo di osservazione, mediante il quale ognuno è capace di proseguire da solo e sicuro per la difficile via della scienza medica.

E insegnò ai suoi allievi sopratutto la religione del dovere, la passione pel lavoro, l'onestà e la dirittura del carattere.

Per cinquant'anni circa egli proseguì costante, tenace, appassionato nel suo sublime apostolato, e non sentì mai stanchezza pel lungo e faticoso lavoro. Egli si stancò invece quando la legge lo costrinse al riposo e di tante amarezze che pure avevano contristato la sua vita pura e laboriosa, nessuna lo accorò tanto come il dovere allontanarsi dalla sua scuola e dai suoi studenti pei quali aveva vissuto così intensamente, e così appassionatamente.

E gli studenti, sempre buoni e generosi, e tutti i suoi allievi, anche quelli degli anni più lontani, accorsero, col pianto nel cuore, innumerevoli, memori, costernati, e il maestro perduto trasportarono a braccia, per la città in lutto, tra il rimpianto generale, in una alta e giusta apoteosi, e lo deposero per poco in quella Clinica che aveva ascoltato per tanti anni la sua voce calda e appassionata!

E nessun tributo di onore e di affetto avrebbe potuto essere più alto e più degno per tanto Maestro.

G. BOERI.

È morto a 58 anni MAX VERWORN, il biologo di fama universale che ha approfondito la conoscenza dei processi che reggono la vita delle cellule, dai protisti all'uomo.

La sua attività in questo campo culminò nella pubblicazione della «Fisiologia generale», tradotta in molte lingue e che dettò il credo della nuova disciplina: quando ne comparve la prima edizione, l'autore contava appena 31 anni.

Di coltura eclettica, egli fu anche un antropologo di valore: scoprì le tracce dell'uomo terziario nell'Africa Meridionale; fu un etnologo ed un folklorista: raccolse nel Messico e nell'Arizona dati pregevoli sui costumi e le tradizioni dei pellirosse; fu zoologo, numismatico, storico dell'arte... Le sue vaste conoscenze si contemperavano, senza sopraffarsi.

Nella nativa Berlino era stato allievo di Du-Bois Reymond e di Virchow; a Jena, dove professò la docenza privata, risentì l'influsso di Haeckel e di Preyer e indirettamente quello di altri ingegni poderosi, come Hering e Mach, che lavoravano in campi diversi.

Seppe essere non solo il Maestro ma anche l'amico dei suoi numerosi allievi.

R. P.

LA RUBRICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Una parola di conforto per la nostra opera.

Riceviamo e siamo ben lieti di pubblicare:

Gli attuali difficili momenti non hanno di sicuro risparmiato di nuocere neanche all'Amministrazione del *Policlinico,* facendo ad essa affrontare non lievi sacrifici per fare fronte agli impegni morali, che essa aveva da tempo assunto verso la classe medica studiosa.

Il miglioramento che nell'interessse della cultura l'Amministrazione si è da tempo proposta di effettuare progressivamente sia nelle parti speciali degli Archivi — il medico ed il chirurgico — sia in quella pratica, sta ad attestare che essa intende perfezionare i suoi mezzi di diffusione e rendere così più accessibile alla nostra classe questo strumento ed organo di studio, di propaganda culturale e di palestra di produzione scientifica, della quale oggi non possono fare a meno tutte le categorie dei Medici italiani.

Gli studi positivi, quali sono i nostri, non possono sottrarsi alla necessità di tener dietro al movimento culturale internazionale; e da qui il bisogno che un forte organismo di stampa scientifico-pratica — quale da molti anni è sorto fra noi per opera di due sommi clinici, il Baccelli ed il Durante, che con le loro elevate vedute, a mezzo della fondazione del *Policlinico,* sentirono il dovere di popolarizzare e diffondere i precetti e gli insegnamenti della clinica — possa e sappia offrire ai Medici italiani quanto di meglio e di più nuovo oggi va diffondendosi nel campo della Medicina.

Il *Policlinico,* che oggi, a mezzo dei due degni succesori ai grandi Meastri, l'Ascoli e l'Alessandri, segue infaticabilmente la strada tracciata dai due venerati Clinici, e con lena indefessa tende ad aumentare la sua potenzialità produttiva, si rende altamente benemerito dell'elevazione scientifica nazionale.

A questo sforzo non indifferente ed a questi sacrifici non lievi non possono restare impassibili tutti i medici italiani che oggi amino di tenersi al corrente della nostra produzione e di quella estera per concorrere a quell'elevamento indispensabile morale della classe onde ottenere maggiore stima e fiducia nell'esercizio della professione e più coscienziosa cultura nella pratica quotidiana.

Da qui il bisogno che ognuno deve sentire di concorrere con la propria adesione, con l'opera personale, e con l'aiuto morale e materiale non solo a mantenere efficiente il nostro patrimonio scientifico, che con tanta cura ci è stato consegnato dai nostri amati Maestri, ma anche a raddoppiare la potenzialità e la diffusione di questo organo della produzione nazionale, che gelosamente e con orgoglio dobbiamo mantenere sempre più all'altezza dei tempi e più pronto al perfezionamento, quale espressione del movimento di elevazione culturale, che è poi l'indice della potenzialità di un popolo civile ed evoluto.

Adunque sia per l'interesse personale, ma più ancora per quello spirito d'italianità che ha sempre distinto le nostre classi più colte, di cui quella medica è stata sempre all'avanguardia, per la sua caratteristica imparzialità ed apoliticità, dobbiamo incoraggiare e sorreggere tutta la stampa medica nazionale, di cui il *Policlinico* è uno dei più autorevoli campioni di produzione e di letteratura.

Grosseto, 26 dicembre 1921.

Prof. ORESTE CIGNOZZI.

Questo incitamento rivolto ai medici italiani verrà — non ne dubitiamo — accolto e secondato.

L'AMMINISTRAZIONE.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 9 Gennaio 1922 Fasc. 2

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

L'angiodiascopia.

Dott. AUGUSTO SENIGAGLIA.

Chiamo angiodiascopia l'osservazione per trasparenza dei vasi sanguigni del tegumento, che viene interposto per l'esame fra una sorgente luminosa e l'occhio dell'osservatore.

A) L'angiodiascopia è eseguibile anzitutto sulla mano e sul piede.

Per procedervi, è necessario soltanto una buona lampadina elettrica, anche di quelle tascabili.

(Ho prescelto la luce elettrica perchè più pratica; ma può servire come sorgente luminosa anche il raggio solare, o una lampada a petrolio o a carburo con opportuni adattamenti).

Adoperando la lampadina tascabile, l'osservatore rivolge verso di sè il vetro luminoso e vi applica di contro fortemente e in modo da occupare tutta l'area luminosa, sicchè non filtri luce chiara, la faccia dorsale o palmare (risp.te plantare) della mano o del piede da osservare.

Adoperando la lampadina non tascabile, occorre prima fasciare tutto il vetro con della carta resistente (serve bene quella gialla da involtare!) foggiando così un tubo, che deve lievemente sopravanzare l'estremo periferico della lampadina. Un tal tubo raccoglie e dirige tutta la luce, salva dal contatto colla lampada scottante la cute in esame, e prende con essa un buon contatto mediante l'orlo circolare dell'orificio luminoso, sì da impedire filtrazione di luce chiara. Foggiato adunque il tubo, l'osservatore ne rivolge verso di sè l'ori-

ficio luminoso e vi appone in maniera da occupare tutta l'area luminosa la palma o il dorso della mano da esaminare (risp.te la pianta o il dorso del piede).

La zona dell'arto che così procedendo risulta illuminata, è più o meno limitata; perciò occorre, per esaminare l'intera regione, spostare nella contiguità l'arto o la lampada.

È bene che la mano da osservare venga situata presso a poco all'altezza del cuore, per evitare variazione in più o in meno dell'afflusso del sangue.

L'ambiente ove si esegue l'esame deve esser reso oscuro; altrimenti occorre isolare nella oscurità la parte osservata (guardandola attraverso un tubo di cartone o con altro artificio).

1° Angiodiascopia delle vene. L'esposizione della mano o del piede alla sorgente luminosa colla tecnica suesposta, rende subito evidente alla vista — mentre non lo è all'ispezione ordinaria — tutto il reticolo venoso superficiale della faccia rivolta all'osservatore; il qual reticolo spicca oscuro sul fondo purpureo che acquista l'arto per trasparenza.

La zona nella quale è possibile eseguire la angiodiascopia delle vene è limitata nell'adulto alla metà o ai due terzi periferici della regione metacarpica (o metatarsica) e a tutta la regione digitale; nei bambini il minor spessore permette l'osservazione più estesa.

Per l'angiodiascopia delle vene della regione digitale, è bene mantenere le dita pressochè estese e in leggiero contatto fra loro; per quella della regione metacarpica occorre divaricare le dita per rendere più ampi gli spazi interscheletrici.

2° Angiodiascopia delle arterie: se nell'esame della regione digitale — a dorso della mano rivolto alla luce e a dita estese senza sforzo o lievemente flesse, e mantenute in tenue contatto fra loro — si stira leggermente dal margine verso la linea mediana la cute palmare di una falange (1ª o 2ª), deprimendola pure leggermente, si rende visibile a quel livello la corrispondente arteriola collaterale del dito; e se si esegue la piccola manovra contemporaneamente su due o più punti scelti lungo il dito — faccia palmare — si riesce a porre in evidenza la pulsazione dell' arteria lungo il suo decorso.

Non riesce di solito difficile scoprire l'arteria, dopo qualche tentativo reso spesso necessario dal vario sviluppo nei vari individui dell'arteria e del soprastante tegumento, e dal vario decorso — più o meno profondo, più o meno laterale nel dito — a seconda dei vari soggetti e del punto del decorso stesso su cui si pratica l'esame; e talora occorrerà il sussidio della palpazione e di una più accentuata flessione del dito per rendere più agevole la scelta del punto ove eseguire la manovra, e l'esecuzione di questa.

Messa in rilievo l'arteria, se ne scopre bene l'affievolirsi della pulsazione e la cessazione di questa, mediante la compressione della radiale o del tratto più centrale della collaterale stessa; e il ripristino della pulsazione, allentando la compressione.

È consigliabile per tale indagine, al fine di render ben visibile l'arteria digitale e di dominarla nel suo decorso, di adoperare anzichè la lampada tascabile, una lampada fissa piuttosto forte rivestita come al solito del tubo di carta. Io mi sono avvalso di una lampadina (Philips 1/2 W.) di 32 candele con orificio del tubo largo circa 5 centimetri.

Devesi volgere alla luce il dorso della mano anzichè la palma, perchè le arterie digitali palmari che di conseguenza si rendono visibili, sono sempre esistenti; mentre le digitali dorsali spesso mancano, e se esistono sono più esili e più corte delle palmari.

Le collaterali esterne si prestano, secondo me, all'esame alquanto meglio delle interne, perchè rispetto ad esse resta più agevole la manovra di stiramento della cute; e fra tutte le digitali palmari, son preferibili quelle del medio e dell'anulare oltrechè per il calibro di esse, per la posizione centrale delle due dita.

Le arterie digitali sono le sole, nella mano e nel piede, che si prestano all'esame; perchè le altre (per es. l'arcata palmare e dorsale) benchè più grosse si sottraggono all'osservazione a causa della posizione profonda.

Nei bambini, l'esilità del calibro non permette l'angiodiascopia delle digitali; e anche nel piede dell' adulto l' angiodiascopia (sia delle plantari che delle dorsali) è possibile solo a patto di uno sviluppo cospicuo delle arterie stesse.

3° Angioscopia dei capilari. — In taluni individui specie con azione cardiaca concitata (a prescindere dall'esistenza di una insufficienza aortica) è possibile rilevare bene coll'angiodiascopia (mentre non lo è all'ispezione ordinaria) il polso capillare descritto da Quinke nella insufficienza aortica; e nei casi in cui il polso capillare è visibile più o meno alla comune ispezione, l'angiodiascopia gli conferisce tale netto risalto, da costituire — secondo me — metodo di elezione nelle indagini del genere.

Per eseguire nel miglior modo tale investigazione occorre valersi di una superficie luminosa ristretta alla grandezza di un polpastrello del dito; sulla quale superficie si appoggia il polpastrello in esame, esercitando

una pressione gradatamente crescente. Si vede allora, ad un certo punto, nei casi di cui sopra, comparir manifesto sull'unghia il polso capillare.

All'uopo serve benissimo la lampada tascabile, ove si tolga il vetro di copertura, e si appoggi il polpastrello direttamente sulla superficie luminosa della lampadina interna.

B) Nelle altre regioni del corpo, l'angiodiascopia si pratica variando talora la tecnica, come segue.

Per le labbra, guancie, lingua, ecc., basta porre in contatto colla lampadina una delle superfici tegumentali, e osservare per trasparenza la superficie opposta. Occorrerà talora restringere l'area luminosa, perchè non filtri luce chiara (per es. nell'esame del labbro).

Nelle regioni ove il tegumento pur essendo di notevole spessore è spostabile (addome, ecc.) si afferra a plica e si espone alla luce, distendendolo colle dita per facilitare l'esame per trasparenza.

[Nelle regioni ove il tegumento non è spostabile (ad es. al torace) bisogna invece adottare una notevole modificazione della tecnica, per effetto della quale il metodo non può più chiamarsi *Angiodiascopia*, ma più propriamente è da chiamarsi *Angioscopia*. La modificazione consiste nel volgere la superficie luminosa della lampadina in senso contrario all'osservatore, ponendola poi bene a contatto (in modo che non filtri luce chiara) colla cute che si vuole osservare. L'indagatore, in tal guisa rimane a monte della sorgente luminosa e non scorge più i vasi risaltanti per trasparenza fra luce ed occhio nella zona di cute corrispondente all'area luminosa della lampada, ma bensì i vasi che risaltano — direi quasi per imbibizione di luce — in una zona di cute circolare, periferica al vetro o all'orificio luminoso. È bene deprimere colle dita, e distendere così, tale zona per facilitarne l'esame].

In ambiente oscuro, procedendo colla tecnica varia come sopra è descritto, vengono nelle varie zone tegumentali bene posti in rilievo i vasi che pel calibro sottile e per la sede non del tutto superficiale, restano invisibili alla ordinaria ispezione; ed acquistano assai maggior risalto, quelli già ordinariamente visibili.

L'angiodiascopia delle arterie è possibile a praticarsi solo in limitate sedi (per es. nel labbro) e a patto di calibro cospicuo e di decorso piuttosto superficiale; l'angiodiascopia delle vene è invece possibile su larga estensione del tegumento (cute e mucose visibili).

L'angioscopia sopra descritta può esser rivolta all'esame di arterie superficiali comunemente visibili; ma soprattutto ha la sua indicazione pratica per l'esame delle vene nelle regioni ove non riesce possibile eseguire la angiodiascopia.

***

Ho potuto apprezzare l'utilità dell'angiodiascopia venosa della mano e del piede nel rilievo di stasi incipienti, anche prima che si fossero resi manifesti il turgore dei vasi visibili comunemente, e l'edema. Nelle stasi di origine centrale il suddetto rilievo scaturisce dal confronto dei reperti di successivi esami praticati sullo stesso arto; nelle stasi periferiche limitate a un arto, il rilievo è evidente fin dal primo esame, confrontando l'arto affetto col sano.

Occorre però al riguardo tener presente la possibilità di differenze fisiologiche fra i due arti (destro e sinistro); e procurare ad essi identiche condizioni di esame, perchè — fra l'altro — l'esplosione al calore della lampadina suole favorire nell'arto — quanto più prolungata — l'afflusso del sangue.

L'angiodiascopia delle arterie digitali mi ha permesso importanti deduzioni sul grado di pervietà del relativo tronco periferico (in casi di endoarterite, trombosi, traumi, ecc.); e l'angiodiascopia di confronto, eseguita contemporaneamente su due arterie corrispondenti delle due mani (facendo, ad es., intrecciare le dita delle due mani al paziente, in modo che le dita di una mano occupino perfettamente gli spazi interdigitali dell'altra mano) mi ha reso netta ed agevole l'osservazione del dissincronismo fra polso destro e sinistro, in caso di aneurisma aortico.

***

Una applicazione pratica ritengo che la angiodiascopia delle digitali possa trovare nel campo della sfigmomanometria.

Infatti:

a) per la pratica degli sfigmomanometri del von Bash e del Riva-Rocci potrà essere sperimentata la sostituzione della percezione visiva della scomparsa del polso sulla digitale, alla percezione tattile — meno pronta e meno netta — della stessa scomparsa sulla radiale;

b) per la pratica del tenometro del Gärtner (e dello sfigmotonometro del Bouloumié) potrà essere sperimentata la sostituzione alla percezione visiva del ripristino del circolo capillare, tarda e non scevra di errori (confr. Sahli, metodi di esame clinici 3ª Ed, Vol I, pag. 208), della percezione visiva del ripristino del polso sulla digitale; o meglio ancora, potrà essere utilizzata per la lettura del manometro, la percezione dell'arresto del polso sulla digitale,

sotto la compressione graduale esercitata: restando con tale modificazione di tecnica abolita la ischemia preventiva del dito e la iperinsufflazione dell'aria nell'anello, che rendono più complicato il metodo originale.

***

È da ritenersi possibile che una tale sfigmomanometria delle digitali unita alla angiodiascopia presti qualche servigio nelle indagini relative ad importanti capitoli di studio, quali l'acropatologia, gli esperimenti sui rimedî angiospastici e angioparalitici, sulla funzionalità cardiaca e tono vasale, ed altri.

Roma, novembre 1921.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI ASTI.

Rumore abnorme in seguito a contusione toracica.

Prof. dott. MARIO FASANO.

Un caso grave di contusione toracica richiamò la mia attenzione su di uno speciale rumore all'ascoltazione dell'aia cardiaca, rumore quasi di scricchiolio con timbro metallico, il quale mentre non consentiva alcuna ipotesi sul suo meccanismo di produzione non trovava riscontro nelle ricerche da me fatte nella letteratura.

Fu solamente nel n. 39 della *Muenschener Medizinische Wochenscrift* del 1920 che mi fu dato di ritrovare un caso pressochè identico al mio, appartenente al dott. Otto Specht della Clinica chirurgica dell'Università di Giessen, da questo autore designato sotto la denominazione di Mühlengeraüsch.

Già nel 1919 Weil (1) aveva descritto un caso del genere, ma qui non si trattava di una grave lesione toracica, come nella nostra osservazione, bensì di un rumore apparso al l'ascoltazione del cuore in seguito ad anestesia del plesso.

La spiegazione genetica di questo particolare rumori risale a molto tempo addietro, sino al 1880, anno in cui il Reynier (2) riferiva sulle varie teorie riguardo a questo rumore e in base alle sue ricerche sperimentali veniva a confermare l'opinione del Tillaux, il quale sosteneva che questo rumore aveva la sua causa in una raccolta di aria e di liquido nello spazio pneumo-pericardico.

Eccettuati questi due casi del Weil e dello Specht nella letteratura tedesca degli ultimi 40 anni non venne osservato mai alcun caso del genere. Certamente simili osservazioni saranno state rilevate, solamente variò l'interpretazione patogenetica poichè a pochi chirurghi sarà stato dato di conoscere la pubblicazione del Reynier.

Per queste considerazioni ho stimato opportuno riassumere brevemente il caso occorsomi.

Vienna Francesco fu Pietro, di anni 33, entra nella mia clinica privata il 27 gennaio 1921.

Due giorni fa mentre guidava il proprio carro cadde sotto le ruote del veicolo, che lo investirono alla regone toracica sinistra, essendo egli disteso al suolo leggermente rotato sul fianco destro.

Trasportato a casa, il medico, dopo averlo curato sintomaticamente per due giorni, vedendo che le condizioni del ferito peggioravano giudicò opportuno di affidarlo alle mie cure in vista di un eventuale intervento. Da notare che non ebbe mai sputi sanguigni.

Esame obiettivo. — Uomo di costituzione robustissima. Colorito della pelle e delle mucose visibili molto pallido. Si lamenta di forti dolori su tutto il torace ed ha un respiro frequente e superficiale (42 respiri al minuto).

Al torace si notano escoriazioni leggere al lato sinistro immediatamente al disotto del capezzolo. Alla palpazione nulla di notevole, non senso di crepitio denotante un eventuale enfisema sottocutaneo, non fremiti all'aia cardiaca. Il fremito vocale tattile si trasmette normalmente da ambo i lati anteriormente e posteriormente.

Dolentissima la compressione della regione contusa corrispondente alla 4ª, 5ª e 6ª costa, dall'ascellare media all'articolazione con lo sterno; però all'esame delle singole coste non si percepisce scroscio, nè movimenti abnormi, denotanti un'eventuale frattura.

Alla percussione si ha suono smorzato alla base del torace posteriormente; a sinistra al disopra della zona di smorzamento, tre dita al disotto dell'angolo della scapola, suono leggermente timpanico.

All'ascoltazione, respiro vescicolare su tutto l'ambito eccettuato a sinistra posteriormente dove si nota leggera diminuzione di respiro.

Niente di particolare rilievo all'ispezione ed alla palpazione dell'aia cardiaca, la quale non è aumentata in estensione. Toni chiari per nulla indeboliti, nessun rumore speciale.

Polso piccolo, regolare, alquanto frequente, 110 pulsazioni.

Improvvisamente il giorno successivo al suo ingresso verso il mattino il paziente viene preso da una crisi con ambascia di respiro, cianosi, sudore freddo. Questa crisi si dilegua in breve tempo, residua però una sensazione di oppressione alla regione precordiale, come un senso di costrizione accentuantesi intermittentemente con le pulsazioni del cuore.

Alla visita da me praticata dopo qualche ora all'esame cardiaco si rileva quanto segue:

Alla palpazione fremito intenso, quasi una sensazione di scricchiolio, sincrono con le pulsazioni cardiache.

Alla percussione niente di speciale: i limiti del cuore giungono in alto al bordo inferiore della 3ª costa, a destra sino alla metà dello sterno, a sinistra alquanto all'interno della mammillare; itto al 5° spazio intercostale.

---

(1) WEIL. Zentralblatt für Chirurgic, 1919, S. 890.

(2) REYNIER. Archives générales de Médicine, 1880, p. 441.

All'ascoltazione si percepisce sincrono con la sistole e con la diastole un forte rumore di scricchiolio, di crepitio a timbro metallico. I toni cardiaci non vengono per nulla modificati da questo rumore abnorme e si percepiscono normali per timbro e per chiarezza.

Il polso è regolare, valido, 82 pulsazioni al minuto. Al giorno successivo il rumore abnorme è completamente scomparso e non si percepiscono che i toni cardiaci.

Praticata una puntura esplorativa nell'8° spazio intercostale a sinistra sull'angolare della scapola si estraggono 10 cm³ di liquido sanguinolento, reiterate aspirazioni danno esito negativo.

Andamento normale, il 23 febbraio 1921 il paziente viene dimesso completamente ristabilito.

Ho avuto occasione di rivederlo dopo circa tre mesi dal trauma ed ho potuto avere riconferma del suo perfetto stato generale. All'esame del cuore toni puri su tutti i focolai, nessun rumore anormale.

Quale la genesi del rumore abnorme percepito nel nostro ammalato? Escluso un emopneumopericardio perchè l'aia cardiaca si era conservata nei limiti normali e perchè i toni all'ascoltazione non erano affatto modificati nè diminuiti di intensità e di chiarezza, non ci rimaneva per l'interpretazione del rumore percepito che la sintomatologia toracica. Si poteva infatti pensare che un emo-pneumotorace a sinistra potesse esserne la causa. Questa ipotesi veniva confermata dal leggero smorzamento al torace posteriormente a sinistra, sormontato da una zona a risonanza leggermente timpanica. Ma la puntura esplorativa, per quanto positiva, lasciava un dubbio riguardo a quest'ultima ipotesi. La scarsa quantità di aria e di sangue (10 cm³) non erano sufficienti a spiegare il meccanismo di produzione del rumore percepito.

La spiegazione ci venne dalla conoscenza della teoria del Tillaux, confermata dalle ricerche del Reynier, che cioè in questi casi si tratti di un accumulo di aria e di liquido nel mediastino anteriore e specialmente nello spazio e nei tessuti fra pleura, pericardio e parete anteriore del torace.

Quale via abbiano seguito l'aria ed il sangue per accumularsi in detto spazio non è facile dire.

In via ipotetica, esclusa una frattura costale ed una comunicazione con l'esterno della cavità pleurica, due evenienze si possono prospettare:

O in seguito al trauma si è prodotta una lesione sottopleurica del polmone: in tal caso l'aria ed il sangue raccoltisi nel parenchima polmonare al di sotto della pleura lungo l'ilo del polmone hanno raggiunto il mediastino; oppure pleura polmonare e pleura costale per la stessa azione traumatica hanno subito una soluzione di continuo, cosicchè aria e sangue si sono versati nello spazio pleurico ed attraverso la pleura costale hanno raggiunto direttamente il mediastino anteriore.

Quest'ultima ipotesi sarebbe secondo me la più attendibile nel nostro caso perchè avvalorata e dal leggero pneumotorace e dallo scarso emotorace confermato dalla puntura esplorativa.

Ho voluto riferire il caso in questione non tanto per l'interesse che può destare, data la poca frequenza di casi simili, quanto per l'importanza che possono avere complicanze del genere nei traumatismi toracici, che si verificano abbastanza frequentemente.

Ho accennato come nella mia osservazione sia sopraggiunta improvvisamente una crisi quasi di stenocardia con ambascia di respiro, cianosi, ecc. Questi fenomeni rapidamente si dileguarono ed in seguito il paziente percepì come un senso continuato di oppressione alla regione precordiale, accentuantesi specialmente con le pulsazioni del cuore. Fu solamente dopo tale crisi che io ebbi occasione di percepire il rumore abnorme di scricchiolio alla regione cardiaca.

Non per il *post hoc ergo propter hoc*, ma per la successione dei fatti in rapporto alla sintomatologia soggettiva non parrebbe azzardato ammettere che la crisi summentovata avesse per causa la formazione o l'aumento di tensione dell'emo-pneumomediastino.

Ciò ammesso è ovvio giudicare la gravità di una simile complicazione per quanto e nel mio caso e in quello di Specht e nei quattro del Reynier i sintomi siano dileguati rapidamente, forse concomitantemente al rapido riassorbirsi dell'aria.

Per questa considerazione è necessario porre ben attenzione alle evenienze di questo genere e nelle gravi contusioni toraciche pensare alla possibilità della presenza del pneumotorace mediastinico, il quale a torace chiuso può raggiungere gradi tali di tensione da mettere in serio pericolo l'esistenza del malato ove non si intervenga con gli opportuni mezzi chirurgici. I quali si riducono, come ebbe a proporre il Tiegel (1), ad una semplice aspirazione dell'aria e del liquido del mediastino anteriore, mezzo questo più che sufficiente nella maggior parte dei casi ad ovviare all'urgenza dei sintomi in attesa che l'opera del chirurgo abbia in seguito, se necessaria, ad espletarsi con un adatto intervento a seconda dell'indicazione.

Asti, 18 luglio 1921.

---

(1) TIEGEL. Zentrablatt für Chirurgic, 1911, L. 420.

RIVISTE SINTETICHE.

DIVISIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE DI GROSSETO
diretta dal dott. prof. ORESTE CIGNOZZI.

Il potere disinfettante delle soluzioni d'alcool nella pratica chirurgica.

Dott. prof. ORESTE CIGNOZZI
docente di Patologia speciale Chirurgica, di Clinica Chirurgica e Medicina operatoria, Chirurgo primario.

Sono noti gli studi di Ahlfeld, Czapek, Ehrlich, Traube, Wohl, Kirch e di molti altri sull'azione disidradante in genere dell'alcool, usato finoggi nella tecnica chirurgica, principalmente, come disinfettante complementare delle mani.

La maggior parte degli autori, a cui aggiungo Ducleaux, Ramsay, Christiansen, Phul, Bevan, Kruse, Fischer ed altri ancora, che hanno studiato l'azione dell'alcool sui tessuti e sui microrganismi ritengono che in essa primeggia il meccanismo di precipitazione dell'albumina, simile quindi all'azione del sublimato corrosivo; e Beyer ammette che il vantaggio terapeutico dell'alcool si fondi essenzialmente su questa proprietà venefica, la quale fa precipitare i sali contenuti nel protoplasma dei microrganismi. Anche Fischer ha dimostrato che la precipitazione dei prodotti albuminoidi per azione dell'alcool dipende dalla presenza di sali nel protoplasma e quando l'alcool agisce sui batteri in un mezzo acquoso esso produce la coagulazione della loro albumina e li uccide. Da ciò si deduce che l'alcool in diluizione con acqua ha un potere disinfettante superiore a quello assoluto; poichè la sua azione igroscopica altamente sviluppata in quello assoluto e quella battericida sono fra loro in perfetta antitesi; in modo che diminuendo con la diluizione l'igroscopia dell'alcool viene ad aumentare il suo potere disinfettante.

Altro fattore importante è il potere di penetrazione negli strati meno superficiali della cute; poichè più assoluto è l'alcool meno penetrante è perchè è più fissativo; mentre le diluizioni acquose producono una maggiore diffusione di esso verso la profondità e questo fenomeno appunto della penetrazione è in proporzione inversa del potere disidradante; poichè l'alcool assoluto per questa sua ultima proprietà fissa talmente le cellule che impedisce il suo ulteriore approfondimento, in modo che l'alcool proporzionalmente idrato risulta di un potere penetrante più elevato. Quindi gli alcool più ricchi in molecola d'acqua sono molto più attivi, più efficaci e più pratici in terapia chirurgica.

Un recente lavoro di Pleth dimostra come l'uso dell'alcool propilico e delle soluzioni propiliche di alcune sostanze coloranti sono di grande efficacia nella disinfezione dei tessuti. Appunto, secondo questo autore, l'azione più intensa dell'alcool propilico è dovuta alla maggior quantità di acqua combinata nella sua molecola.

Infatti l'alcool metilico si combina con due molecole di H^2O, l'etilico con 4; il propilico con 8; il butilico con 16, l'amilico con 32. L'amilico ed il butilico però non sono solubili in acqua e per altre loro proprietà non sono adatti a scopo chirurgico.

Gli esperimenti hanno dimostrato che l'alcool propilico al 16 % uccide più presto i batteri che l'alcool etilico al 24 % e dell'alcool metilico al 32 %.

Però nel meccanismo d'azione degli alcool dal punto di vista del loro potere disinfettante esiste un terzo fattore di alta importanza che guida il loro potere germicida e questo è il cosidetto *grado di tensione in superficie.*

Gli studi di Traube e Czapek hanno dimostrato che se l'alcool è assoluto, la tensione in superficie è molto bassa; e se esso è in diluizione con acqua tale tensione viene modificata gradatamente. Lo strumento che calcola questa tensione è lo stalagmometro ed il fenomeno non è altro che un processo di osmosi: infatti se la tensione dell'alcool propilico in acqua (1 a 3) è uguale a 0,4 allora lo stalagmometro con questa soluzione al 25 % circa rende 240 gocce di alcool propilico così diluito a 15 centigradi.

Czapek ha dimostrato che per un certo numero di sostanze la tensione in superficie deve essere di 0,68 perchè esse possano penetrare nell'interno della cellula vivente ed ucciderla.

La tensione in superficie degli eritrociti è di circa 0,6; delle cellule dei fermenti di circa 0,5; e Christiansen calcola quella dei batteri in circa 0,4; e delle spore in circa 0,3. Questa cifra bassa di 0,3 spiega perchè l'alcool non uccide le spore anche dopo un'azione prolungata. Appunto l'importanza della tensione di superficie sta in questi fenomeni d'osmosi e di penetrazione che determinano la coagulazione degli albuminoidi protoplasmatici al contatto dell'alcool diluito, come sperimentalmente hanno trovato Traube, Ducleaux, Ramsay, Kirch e Christiansen. I risultati ottenuti da Wirgin dimostrano che l'alcool propilico è quello che agisce più profondamente e che nessuna specie di alcool, se assoluto,

esercita azione disinfettante su di un corpo secco. Christiansen ha dimostrato che a 25 centigradi il tempo impiegato per la disinfezione è di mezzo minuto con una tensione di 0,45 per l'acool metilico, di 0,43 per l'etilico, di 0,42 per l'acetone. Di tutti gli alc'ool solamente il propilico esercita azione disinfettante alla temperatura di 0° in diluizione dal 30 all'80 %.

L'alcool in genere adunque allo stato umido uccide i microrganismi per queste sue tre proprietà sopra esposte; e cioè: 1° per un processo di disindratazione; 2° per fenomeni di penetrazione e coagulazione; 3° coadiuvati tutti da un determinato grado di tensione di superficie.

Il meccanismo d'azione potrebbe essere concepito nel modo seguente: sotto un'adatta tensione di superficie l'alcool penetra nel corpo del batterio ed aiutato dalla presenza di sali nel suo protoplasma lo precipita e lo coagula: ma nello stesso tempo l'alcool sottrae l'acqua da questo protoplasma, se esso alcool non è ben provvisto d'acqua; e tale fatto nell'assoluto può salvare la vita del batterio: per cui quando l'alcool è più diluito è più penetrante e più germicida, per le ragioni sopra enunziate.

Che l'alcool propilico uccide anche alla temperatura di 0° significa che l'azione dell'assorbimento dell'acqua si estrinseca così rapidamente da sopraffare quella protettiva.

Come ha dimostrato Fischer la precipitazione del protoplasma nei batteri dipende dalla quantità di sali e si crede che questa sia la ragione per cui l'alcool non uccide le spore; essendo esse povere e talora sprovviste di sali; ed anche Kruse ha dimostrato questa scarsezza di sali nelle spore. Tuttavia Saul è riuscito ad uccidere le spore facendole bollire in alcool propilico al 30 %; poichè bisogna notare che la tensione in superficie delle spore è molto bassa, cioè 0,3 e quella dell'alcool propilico al 25 % è di 0.4; così questo non è capace di penetrare dentro le spore.

La proprietà disinfettante degli alcool quindi dipende in primo luogo dalla loro diversa tensione di superficie.

Pleth ha dimostrato che alla tensione adatta l'alcool propilico disinfetta quattro volte meglio dell'etilico e scioglie bene il grasso della cute; applicato sulla pelle si assorbe rapidamente senza essere affatto velenoso. Pleth infatti ha visto che esso eccelle in diluizione più alta del 35 %, pur non essendo primo pel suo potere igroscopico e che la concentrazione disinfettante di esso si aggira sul 35 %.

D'altra parte è noto come gli alcool superiori al propilico, che sono ancora più ricchi di acqua non sono affatto solubili in essa, per cui, secondo quanto afferma Pleth, l'alcool propilico è mirabilmente adatto per la disinfezione della pelle, perchè ha una tensione di superficie bassa e può mischiarsi facilmente con l'acqua e coi lipoidi; però esso è stato finoggi poco usato in chirurgia a causa della difficoltà di trovarlo; per cui è l'etilico che invece ha avuto ed ha più vasto impiego ed applicazioni nella comune pratica.

In quanto all'alcool propilico Pleth afferma che esso perde le sue virtù antisettiche se lo si mescola con più di quattro volte il suo volume d'acqua (differenza di coefficiente della tensione di superficie). Il valore disinfettante degli alcool è basato sulle loro capacità di sciogliere e penetrare attraverso agli strati di grasso depositati sulla pelle, nei quali si trovano i batteri ed allo stesso tempo di ucciderli con quel meccanismo di cui ho parlato; cioè per la bassa tensione di superficie e per una grande capacità di combinarsi con l'acqua ed i lipoidi, coagulando così l'albumina protoplasmatica.

Infatti Pleth afferma che una soluzione al 50 % di alcool propilico è il migliore detersivo della pelle; superiore al nitrato d'argento al 2 %.

Come dicevo, a causa della facilità di avere a disposizione l'alcool etilico esso da tempo ha avuto un largo impiego in chirurgia, specie per la disinfezione delle mani e ricordo qui che fin dal 1910 nei miei primi resoconti clinico-operatori faccio menzione dei risultati ottenuti coll'uso dell'alcool etilico a 50°, che fin da allora dichiaravo molto superiore a quello assoluto, per la facilità di penetrazione della soluzione. In seguito ad una pratica clinica più estesa, in base a studi più numerosi e sulla guida di ricerche più accurate ho potuto ottenere dei risultati ancora più incoraggianti con l'uso di questo metodo di disinfezione e così ho potuto generalizzare l'impiego dell'alcool debitamente preparato, come dirò più avanti, nella preparazione non solo delle mani, ma anche del campo operativo, delle ferite, della sterilizzazione e conservazione delle sete da sutura in modo da sostituire con vantaggio in tutte le disinfezioni chirurgiche; anche estemporaneo degli strumenti in caso d'urgenza, quest'alcool etilico alla stessa tintura di iodio ed alle altre soluzioni iodiche le quali presentano i loro inconvenienti e molta instabilità del composto.

Io infatti ho potuto convincermi che i coefficenti dell'azione disinfettante dell'alcool etilico, da quanto risulta dalle mie ricerche sono due·

1° Il suo giusto dosaggio con l'acqua in omaggio alle leggi fisico-chimiche sopra esposte;

2° L'associazione di altre sostanze che ne aumentino il potere battericida.

1. *Titolo delle soluzioni alcooliche.* — Conformemente alle ricerche di Phul, di Wohl e di altri ho potuto determinare che il titolo più appropriato perchè l'alcool etilico sia veramente efficace nella disinfezione chirurgica è quello che si avvicina dal 65 al 70 % (cioè 65 o 70 di alcool e 35 o 30 di H^2O) in quantochè se esso è più concentrato oltrechè essere molto più urente e doloroso; riesce più fissativo e quindi meno penetrante, da cui meno attivo per la disinfezione; mentre poi se ha una diluizione superiore al 65 % varia la sua tensione di superficie, è molto meno igroscopico e meno coagulante; e perciò riesce molto meno efficace nell'asepsi.

Con questo titolo medio del 70 % l'alcool etilico presenta proprietà molto simili al propilico al 35 %, percentuale questa che Pleth raccomanda e che ha estesamente usato nella pratica chirurgica e specie per la disinfezione delle mani, dopo che esse vengono lavate e digrassate col sistema comune dell'acqua calda e sapone mercè l'azione meccanica dello spazzolino: a cui egli fa seguire l'uso di quest'alcool. Con esso la pelle resta secca, ma liscia ed anche quella molto delicata tollera bene questa soluzione; mentre per le ferite egli propone e consiglia la soluzione al 25 %.

Da quanto ho diffusamente esposto si conclude che la giusta diluizione dei vari alcool rappresenta uno dei fattori più importanti di disinfezione, specie della cute, e che quindi il titolo migliore per l'alcool etilico è dal 65 al 70 % e di quello propilico dal 25 al 35 %: e ciò conformemente ai principi della composizione di questi alcool nei riguardi delle loro molecole d'acqua: dalla quale risulta appunto che il propilico contiene molecole d'acqua doppie dell'etilico; per cui da questi dati fisiochimici scaturisce il meccanismo dell'azione disinfettante di questo alcool secondo le leggi di osmosi che ho sopra ricordato.

2. *Associazione di altre sostanze alla soluzione alcoolica etilica al* 70 %. — Dimostrata l'efficacia ed il coefficiente antisettico degli alcool mercè la loro equilibrata idratazione passerò a dimostrare il vantaggio dell'associazione a queste soluzioni di altre sostanze che aumentino ancora il loro potere germicida.

Già l'Ehrlich, Tildes, Dakin, Browning, Dryer, Pleth hanno studiato e dimostrato come aggiungendo agli alcool delle sostanze coloranti esse aumentano la loro azione disinfettante. Tildes aveva usato il verde di malachite sciolto al titolo del 2 % in alcool etilico all'80 %.

Pleth ha sciolto questo stesso verde al 2 % in alcool propilico al 25 %, aggiungendovi anche dall'1 al 2 % di cloruro di mercurio, risultando da questo miscuglio un composto doppio di una molecola di malachite e di due molecole di mercurio, che è un leuco-composto invisibile sulla ferita che sembra molto attivo; ma Pleth poi dichiara che anche senza questo sale di mercurio la soluzione colorante di verde è ugualmente efficace.

Ehrlich, Dakin, Browning hanno adoperato con buoni risultati anche il verde brillante. Pleth ha anche usato la fuxina, il violetto cristallo, ed il violetto di metile ed in base alla sua esperienza clinica afferma che i suoi risultati hanno portato alla conclusione che le ferite infette trattate con l'alcool propilico, a cui furono aggiunte alcune sostanze coloranti guariscono più rapidamente che quando vengono trattate col Carrel-Dakin.

È anche da considerare che a rigor di termini molto probabilmente il metodo di Grossich, cioè della disinfezione con la tintura di jodio, che da un decennio è stato adottato dalla maggioranza dei chirurgi e si può oggi considerare come uno dei metodi classici della disinfezione del campo operativo e delle ferite, ampiamente usato anche in chirurgia di guerra, si fonda essenzialmente anche sull'azione battericida dell'alcool, aumentata dalla presenza dell'jodio: o per meglio dire l'alcool con l'aggiunta del metalloide accresce il suo potere disinfettante verosimilmente con un meccanismo d'azione uguale agli alcool colorati. Io ho potuto anche constatare che riducendo di molto, cioè al 5 % il contenuto del metalloide nella tintura di jodio, come per molto tempo ho praticato, la cute è sottoposta all'identica azione germicida.

Però sono oggi ben noti taluni inconvenienti che la tintura di jodio, anche a titolo più leggero, determina sulla pelle e sul materiale da sottoporre alla disinfezione, per cui la moderna chirurgia che aveva accolto con molto favore ed entusiasmo il metodo rapido del chirurgo di Fiume per la sua semplicità che tanti vantaggi arreca nella preparazione del campo operativo, nella disinfezione delle ferite: nella conservazione della seta, tende oggi ad un maggior perfezionamento dei metodi di disinfezione: nel senso di seguire un procedimento ugualmente celere e svelto; ma che nello stesso tempo eviti quegli inconvenienti e talora quei danni che la tintura di jodio arreca,

specie in mano dei profani; ed abbia il pregio di avvalersi di sostanze alla portata di mano di tutti: ma specialmente innocue.

Come ho accennato, da molti anni avevo ridotto alquanto la percentuale dell'jodio (5 %) nella tintura che usavo per la disinfezione del letto ungueale e del campo operativo; però nei bambini e nei soggetti a pelle delicata da circa 8 anni ho cominciato a sostituire la disinfezione jodica con quella all'alcool etilico al 50 % ed appunto in questi ultimi casi potevo subito constatare che l'asepsi era ugualmente completa ed il metodo dimostrava di dare risultati migliori per l'assenza delle complicazioni jodiche.

È da due anni che ho abbandonato il metodo di Grossich ed ho seguito quello della disinfezione coll'alcool etilico a 70° aggiungendovi una percentuale di acido acetico.

Molti chirurghi si sono già mostrati propensi ad accogliere l'uso degli alcool nella loro pratica e taluni acidificano le soluzioni con acido tannico, con acido picrico, con acido fenico, salicilico, ecc., oppure aumentano il potere disinfettante dell'alcool mescolando ad esso altre sostanze chimiche.

Mi sembra, e questo è risultato dalle mie ricerche, che l'acido acetico è quello che meglio si presta ad accrescere il potere battericida della soluzione dell'alcool etilico al 70 %.

Siccome l'azione di lotta contro i microrganismi è un meccanismo di distruzione dell'albumina protoplasmatica in seguito alla penetrazione della sostanza chimica; ed è ben noto quale potere coagulante hanno gli acidi, così per questa proprietà ben sviluppata nell'acido acetico esso agisce perfettamente allo scopo di uccidere i germi e questa lotta sarà ancora piu intensa e più sicura quando tanto l'alcool che l'acido mirano all'identico fine raddoppiando quasi la loro energica azione disinfettante.

Il titolo dell'acidificazione di questi alcool va dal 1/2 all'1 % a seconda delle indicazioni dell'uso.

Per la disinfezione delle mani, del campo operativo, e per la conservazione delle sete ho adoperato tale alcool acidificato all'uno per cento: per le ferite, per talune imbibizioni di tessuti quello al 1/2 %.

Brevemente riassumo i risultati della mia pratica in base alla tecnica seguita e ad essi farò susseguire le varie indicazioni: per le quali si presta in modo più appropriato tanto l'uso delle soluzioni alcooliche semplici che quelle acidificate.

Dai miei studi ho potuto dedurre che tanto l'alcool etilico da liquori, quanto quello denaturato con la piridina rispondono ugualmente bene allo scopo; solo faccio notare che l'alcool denaturato arreca del disgusto tanto all'operatore ed al personale che al malato. Però è da notare che forse la piridina concorre anche essa ad aumentare il potere antisettico dell'alcool; e che il prezzo molto più basso dell'alcool denaturato ci obbliga a lavorare con esso per non aggravare sempre più le esauste finanze degli ospedali. È perciò desiderabile che lo Stato intervenga con una provvida disposizione affinchè l'alcool ad uso chirurgico venga concesso puro senza sostanze deleterie allo stesso prezzo del denaturato a tutti gli Enti Pii.

Esposti questi criteri generali veniamo al dettaglio tecnico dell'uso dell'alcool nella pratica chirurgica.

a) *Sterilizzazione e conservazione delle sete da sutura.* — I rocchetti di seta vengono prima fatti bollire in acqua distillata per 10' e poscia collocati in recipienti contenenti la soluzione alcoolica al 70 % acidificata con acetico all'1 per cento. Tale soluzione basta fino al consumo totale di tutti i rocchetti del barattolo la cui quantità nella mia Sezione dura circa 3 mesi. La seta mantiene con questo metodo di conservazione la sua normale resistenza e si mostra molto liscia e scorrevole. Nei molteplici atti operativi in cui ho usato le suture profonde essa ha dato i migliori risultati di asepsi; e si noti che io sono solito usare nella massima parte delle operazioni le suture in seta e specie nelle ernie io ho dovuto constatare il perfetto grado di sterilizzazione di essa.

b) *Disinfezione delle mani dell'operatore e del personale.* — Per esse adotto il solito lavaggio con acqua calda, sapone di Marsiglia e spazzolino per 10' circa; poscia s'immergono mani ed avambracci in una catinella contenente alcool a 70° acidificato all'1 % per 2' a 3'.

Dopo di avere indossato il giubbetto sterilizzato si infilano i guanti lunghi di filo di Scozia con i quali sono solito operare tutte le forme asettiche; mentre per le settiche adopero i guanti di gomma.

Il guanto di filo presenta oltrechè la possibilità di isolare le nostre mani in modo relativo: anche la facilità tecnica di potere operare con sveltezza e con sicurezza specie nella dissezione dei tessuti; avendo però cura di eseguire sui tagli la più perfetta emostasi per evitare di bagnare di sangue il guanto per quanto è possibile. Allorchè per lesioni impreviste il guanto viene ad essere impregnato di liquidi purulenti o sospetti od inquinati conviene o cambiare guanto dopo un ac-

curato lavaggio in detto alcool o seguitare a lavorare senza guanti per potere all'occorrenza ripetere il lavaggio delle mani con la soluzione di alcool acidificato: badando di non farne percolare sul campo operativo.

Con l'uso di quest'alcool acido si constata che la pelle diventa liscia, lucente e ben levigata e leggermente stittica e tale si mantiene per molto tempo: tanto che chi deve operare ogni giorno presenta sempre le mani di una lucentezza e levigatezza speciale, alquanto assottigliata e di una bianchezza eccezionale; senza alcuna traccia di flogosi, di ragadi e di esfoliazione: ciò che è il prodotto della soluzione dei grassi, della disidratazione delle cellule cornee e della penetrazione dell'alcool acido verso le ghiandole pilifere e sudoripare.

c) *Preparazione del campo operativo.* — Per le operazioni asettiche di elezione il giorno precedente si passa al bagno generale, alla rasura dei peli ed al digrassamento della regione da operare o con benzolo o con benzina. Al momento dell'intervento e nei casi d'urgenza dopo la rasura, si procede alla pulizia del campo strofinando con garza sterile imbevuta di benzina o benzolo e poscia con altra garza contenente dell'etere si asporta l'eccesso di benzina ed i residui di grassi insoluti. Il passaggio dell'etere è anche necessario, poichè con esso la pelle accoglie con più facilità e scorrevolezza la soluzione dell'alcool acidificato che deve essere posto sulla regione da operare.

Infatti l'operatore appena ha disinfettato le proprie mani con l'alcool prende dal cestello un'ampia compressa di garza sterile già preparata ad hoc ed inzuppatala in alcool acido pronto in una bottiglia a parte, la distende sul campo operativo: dove resta da 5' a 8' cioè fino a tanto che sono messi a posto i telini d'isolamento ed il personale ed il malato è si toglie la compressa di garza e resta allo scoperto la cute sterilizzata. Con questo metodo si nota che anche la pelle del campo operativo prende quell'aspetto liscio, levigato, bianco uguale alle mani dell'operatore.

Per le operazioni settiche basta il lavaggio con benzina e poscia subito l'applicazione di una garza imbevuta di alcool acido al ½ %.

Con questa disinfezione all'alcool vengono a mancare gli arrossamenti della pelle, gli eritemi, gli eczemi, le vescicole, il cambiamento di colorito della pelle, la desquamazione e tutti gli altri effetti più o meno intensi che si verificano con la tintura di jodio e con gli altri metodi di preparazione del campo operativo, mentre così si ha la massima semplicità, celerità, innocuità e dei risultati veramente sicuri.

d) *Disinfezione delle ferite.* — Nelle ferite che si presentano al pronto soccorso nei primi momenti di loro produzione il metodo da preferirsi è quello di allontanare col lavaggio alla benzina i corpi estranei, i grassi e le materie che potrebbero esservi sulla loro superficie. Se vi è molto terriccio si passerà al lavaggio meccanico con acqua calda e sapone e poi si detergerà con benzina: dopo di che si applicherà una garza imbevuta di alcool a 70 % acidificato al 1/2 % se si dovrà procedere alla sintesi o altrimenti all'imbibizione con sola soluzione alcoolica non acidificata se si deve fare un trattamento aperto.

Nelle ferite non molto recenti che minacciano flogosi si farà dopo il lavaggio con la benzina un'impacco di alcool a 70° per 10-12 ore. Nelle susseguenti medicature di queste ferite che esigono un trattamento aperto si può alternare l'imbibizione della garza col Dakin ogni 24 ore; facendo seguire alla medicatura all'ipoclorito dopo altre 24 ore quella all'alcool non acidificato: e ciò fino alla detersione della ferita.

e) *Trattamento dei processi flogistici chiusi.* — Nei flemmoni incipienti: nelle punture che minacciano suppurarzione: nelle mastiti allo stato d'ingorgo ed in altre simili alterazioni flogistiche sono di grande utilità e sollievo gl'impacchi all'acool al solito titolo.

f) *Cura locale dei tessuti infetti.* — Per diminuire la suppurazione, per eliminare i tessuti necrosati, per detergere le superfici infette, per limitare ed arrestare le infezioni locali si pestano molto bene gl'impacchi all'alcool acidificato alternati ogni 24 ore con quelli all'ipoclorito di Dakin.

Con questi due preparati le ferite infette, i flemmoni, le cavità ascessuali vengono a granulare in modo molto rapido e rigoglioso al coperto da infezioni secondarie specie dal piocianeo che non ho mai visto più allignare sulle ferite dopo l'uso di queste due soluzioni antisettiche.

L'andamento così favorevole e lusinghiero dei tessuti già sede di infezioni, talora gravi, e l'assenza di sviluppo di tetano secondario nelle ferite a fondo necrosante, ed il rigoglio celere dei processi di riparazione dimostrano all'evidenza l'efficacia di un metodo così semplice e così economico di cura e di disinfezione locale.

Nei seni fistolosi, nelle piaghe torpide ho ottenuto uguali risultati incoraggianti.

g) *Cura di talune lesioni cutanee.* — Ho anche ottenuto molti vantaggi coll'uso dell'alcool etilico a 70° in alcune lesioni della pelle e del cuoio capelluto e conformemente alle osservazioni di Pleth giudico che esso debba

avere molta importanza nella cura delle affezioni cutanee; già da tempo l'alcool salicilico è usato dai dermatologi in talune alterazioni della pelle.

Ho pure usato l'alcool etilico non denaturato al 70 % con l'aggiunta di aceto aromatico, tipo vinaigre, nei casi di furunculosi del collo, della faccia, del dorso, del cuoio capelluto, ecc., ed ho potuto constatare un arresto degli innesti di queste folliculiti da piogeni. Talora mi sono avvalso in questi stessi casi dell'acqua di Colonia con risultati ugualmente buoni.

L'alcool, essendo un digrassante ed un buon antisettico, è logico che produca tanto in via curativa che in via profilattica dei notevoli vantaggi sulle varie regioni della nostra pelle e del cuoio capelluto: da qui l'uso comune delle acque di Colonia, di Felsina, del Bay Rum ed altre miscele, le cui doti di conservazione della pelle e dei bulbi piliferi sono state decantate da varie *réclames* di molteplici e svariate specialità: che hanno il loro fondamento scientifico sull'azione disinfettante, digrassante e disidradante degli alcool, specie al titolo dell'80-70 % come presentano tutti questi preparati profumati.

Per queste doti l'alcool a 70 % all'aceto aromatico e la stessa acqua di Colonia e Felsina sono prodotti ottimi per l'igiene della faccia, della testa e della pelle in genere: ed esso quindi ha una certa importanza nella profilassi e cura delle malattie della pelle.

***

Come risulta da tutto quanto ho esposto, dalle ricerche e dagli studi dei varî autori che ho citati e dalla lunga mia pratica personale che comprende circa duemila trattamenti preparati con questo metodo dell'alcool acidificato; si può con sicuro e fondato giudizio affermare che le soluzioni degli alcool, tanto etilico che propilico, proporzionate al loro contenuto d'acqua: cioè il 70 % pel primo ed il 35 % pel secondo, godono di un potere penetrante e disinfettante energico, accresciuto questo con aggiunta di sostanze acide o coloranti, da essere preferite nella pratica chirurgica sia per la loro facile reperibilità, sia per la semplicità del loro uso; sia per la grande innocuità di cui esse godono tanto quando si adoperano per la disinfezione della pelle, quanto per le ferite; pregi e doti queste che le rendono perciò superiori agli altri prodotti ed alle altre sostanze; in modo che oggi questo metodo così semplice e sicuro dovrebbe essere preferito a tutti gli altri.

In chirurgia tutto quello che tende a semplificare la tecnica ed a guadagnare del tempo rappresenta un vero progresso oltrechè pratico anche scientifico; poichè qualunque trattamento che possa essere ridotto alla più semplice espressione e dia modo di essere espletato con la massima celerità rappresenta un vantaggio sicuro e reale per l'andamento dell'atto operativo e della cura.

Dote indispensabile e di alto valore questa nella clinica ospedaliera, dove la quantità del materiale richiede nei servizi tecnici una sveltezza a tutta prova; e per questo appunto credo che questo metodo così semplice di disinfezione debba godere la preferenza nella pratica chirurgica degli ospedali.

Tutte le mie ricerche al riguardo, ma più ancora tutti i risultati clinici nei miei numerosi malati, concordano perfettamente coi dati esposti di molteplici autori, che si sono occupati di questi studi sperimentali e pratici della disinfezione cogli alcool ed in special modo coi dati esposti recentemente da Pleth.

È più di un decennio che vado sperimentando il valore disinfettante delle varie soluzioni degli alcool ed i risultati clinici fin dall'inizio mi hanno incoraggiato a perfezionare questo metodo ed adoprarlo in tutti i casi con quella semplicità di tecnica che ho sopra ampiamente illustrata che mi sembra appunto la più pratica, la più celere, ma quello che più conta la più efficace; mentre esso è il più innocuo di quelli finoggi proposti ed usati.

In quanto alle soluzioni alcooliche colorate, anche se esse possedessero l'identico potere germicida, non sono da preferirsi all'alcool etilico acidificato nella dose che uso; poichè l'infiltrazione colorante delle mani, della cute e della biancheria è un inconveniente da non trascurarsi. Lo stesso può dirsi dell'alcool picrico e tannico.

Per queste considerazioni giudico che l'alcool etilico al 70 % acidificato coll'acetico all'1 ed al ½ per cento deve finoggi considerarsi come il migliore dei disinfettanti nella terapia chirurgica.

LETTERATURA.

AHLFELD. Deut. Med. Woch., 1895, e Zeit. fur Gebur., 1914.

BEVAN. General Surgery, 1910.

BEYER. Zeit. fur Hygiene, 1911.

BROWNING. British Medical Journal, 1917, ed Archiv fur Hygiene, 1901.

CHRISTIANSEN. Hospitalstidende, 1918.

CIGNOZZI. Resoconti clinico-operativi 1910-1911-1914 e 1920. — Tipogr. S. Bernardino, Siena.

CZAPEK. Bericht. d. d. botan. Gesell., 1910.

DAKIN. British Medical Journal, 1915; Handbook of Antiseptics, 1917.

DUCLEAUX. Annales de Chimie e de Physique, 1878.
EHRLICH. In von Leyden's, 1898, vol. I.
FISHER. Bericht der Deutschen. chem. Gesell., 1878.
KIRSCH. Zeit. f. Biochemiste, 1912.
KRUSE. Allgem. Mikrobiologie, 1910.
PHUL. Zeit. fur Hygiene, 1904.
PLETH. Policlinico, Sez. pratica, 1921.
RAMSAY. Philosoph. Kausact., 1893.
SAUL. Archiv fur Klinische Chirurg., 1898.
TILDES. The Lancet., 1915.
TRAUBE. Annal. der Chemist, 1891.
WIRGIN. Zeit. f. Hygiene, 1904.
WOHL. Deuts. Medicine Wochenscrift, 1904.

NOTE E CONTRIBUTI

Sulla terapia della pustola carbonchiosa nell' uomo.

Dott. ROMEO CINTI, medico-chirurgo.

La nota clinica del collega Monteleone su «La terapia della pustola carbonchiosa nell'uomo», apparsa nel fasc. 48 del *Policlinico* - Sez. Pratica, di quest'anno, mi porge il destro di esporre i risultati, da me avuti coll'impiego della sieroterapia specifica in parecchi casi di pustola carbonchiosa, che ho avuto occasione di curare nell'estate scorsa, durante un servizio interinale in una condotta dell'Umbria. Questi risultati concordano perfettamente con le conclusioni a cui giunge il Monteleone, dimostrano cioè la sicura efficacia della sieroterapia anticarbonchiosa, che permette di abbandonare completamente gli altri metodi di cura (causticazione, iniezioni di antisettici, ecc), tutti malsicuri e spesso dannosi.

Si tratta di sei casi di pustola carbonchiosa, situata in tutti e sei i casi sulla faccia, che si presentarono alla mia osservazione dopo 3-4 giorni dalla comparsa della pustola, quando si era già sviluppato un edema abbastanza esteso dei tessuti circostanti, ed in qualche caso con fatti di linfoadenite e linfoangioite e con rialzi termici, che accennavano alla incipiente setticemia carbonchiosa. Non si può quindi sospettare che si trattasse di quei casi benigni, che anche senza alcuna cura evolvono verso la guarigione spontanea.

Orbene, in cinque dei sei casi occorsimi, praticai sistematicamente la iniez. endomuscolare di 20 centim. cubici di siero anticarbonchioso, al giorno. Dopo la prima iniez. potei notare in tutti e cinque i casi una notevole diminuzione dell'edema, la netta delimitazione della pustola, e nei casi più avanzati la scomparsa della febbre e degli altri sintomi accennanti alla setticemia carbonchiosa. Dopo 3-4 giorni di cura, ogni fenomeno morboso era scomparso; rimaneva solo la pustola disseccata, che in seguito cadde, lasciando una cicatrice appena visibile.

Nel sesto caso si trattava di un ragazzo di 13 anni, che presentava una pustola carbonchiosa sul lato sinistro del labbro superiore, con edema esteso a tutta la metà sinistra della faccia e del collo. Temperatura 38°.5. Anche in questo caso iniziai la cura con la iniezione endomuscolare di 20 centim. cubici di siero anticarbonchioso, *pro die*, ma, notando dopo due giorni che i fenomeni locali non retrocedevano e che la febbre aumentava, praticai una iniez. *endovenosa* di 10 centim. cubici di siero anticarbonchioso. Subito dopo l' iniez. il paziente presentò un leggero grado di dispnea e una eruzione di ponfi diffusa agli arti superiori e al torace, fenomeni da attribuirsi alla entrata subitanea in circolo di un siero eterogeneo, e che si dileguarono dopo pochi minuti. Il giorno dopo l'effetto rapido dell'iniez. endovenosa era palese: la febbre da 39°,5 era scesa a poche linee, l'edema si era notevolmente ridotto, lo stato generale era molto migliorato. Tornai allora alle iniez. endomuscolari e dopo altri due giorni di cura ogni sintomo morboso era scomparso, restando solo la pustola, che, come negli altri casi, si distaccò poi, lasciando una leggera cicatrice.

I risultati veramente brillanti ottenuti colla sola sieroterapia in questi sei casi, venuti all'osservazione del medico in una fase piuttosto avanzata dell'infezione, confermano le conclusioni del Monteleone, che cioè l'unico metodo di cura veramente efficace e sicuro della pustola carbonchiosa è quello della sieroterapia specifica, e sono quindi nettamente contrari all'opinione di coloro, che hanno creduto di poter revocare in dubbio l'efficacia curativa del siero anticarbonchioso.

3 dicembre 1921.

La sieroterapia nella pustola maligna

per il dott. G. CONFORTI.

Dal febbraio ad oggi ho osservato 12 casi di pustola carbonchiosa e li ho trattati con la sieroterapia.

Su i 12 casi curati, uno solo — una bambina di 10 anni, portatamisi all'ultim'ora, quasi agonizzante — morì dopo poche ore.

Tutti gli altri, trattati esclusivamente col siero, sono guariti.

Ho quasi tutti trattato con tre iniezioni ipodermiche di siero, di 10 cc. ognuna, appena accertata la diagnosi clinica, l'un su l'altra, nelle regioni dei glutei; tranne in un caso di edema maligno all'angolo esterno della palpebra inferiore sinistra, molto grave, a cui credetti, nel giro di nove ore, propinarne sei: e

nel giorno seguente non ho mancato di ripeterne, a secondo il bisogno, una o due nell'identica dose, prendendo norma dalla curva febbrile, sistematicamente.

In tutti, al terzo giorno, dall'inizio della cura ho potuto constatare la discesa della febbre, che da continuo-remittente diviene intermittente e lieve per la durata di altri quattro o cinque giorni al massimo.

Raramente ho dovuto preoccuparmi della tachicardia ed in un caso ho fatto ricorso a qualche iniez. ip. di digitalina e di canfora.

Mette conto, poi, rilevare che nel caso dell'edema maligno ho visto dileguarsi i fenomeni setticoemici iniziatisi imponenti e negli altri non li ho visti comparire.

Occorre, perciò, che l'intervento sia il più sollecito possibile e senza alcun timore e senza preoccupazione alcuna dell'età dei colpiti, se bambini.

Il siero usato è stato quello dell'Istituto Sieroterapico e Vaccinogeno Toscano e quello dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

In loco, ho eseguito soltanto delle pennellazioni di tintura di iodo e poi il trattamento comune ad ogni ulcera, previe applicazioni caldo-umide di linseme.

Il valore di simile cura risulta evidente dai buoni effetti menzionati ed indiscutibilmente la sieroterapia dev'essere collocata in primo posto fra i metodi curativi finora raccomandati.

Non ho che da associarmi alla conclusione cui arriva il dott. Monteleone (Sez. pratica, fasc. 48, 28 novembre u. s.).

Io, che per ventuno anni ho preferito al ferro rovente l'applicazione del sublimato corrosivo finamente polverato e cosparso in loco, più che qualsiasi altro caustico (senza aver mai visto alcun avvelenamento per assorbimento), non saprò mai da oggi innanzi discostarmi dal ricorrere a questo presidio terapeutico tanto rapidamente efficace, risparmiando ai poveri infermi incisioni, escissioni e tutte quelle manovre sinora praticate, che a me son parse sempre delle sevizie più o meno barbare con uno strascico di postumi cicatriziali gravi e molte volte irreparabili, se nella faccia.

Io ancora non ho visto alcuna guarigione spontanea in trent'anni.

DISCUSSIONI E POLEMICHE.

Per una vibrata critica al mio "Nuovo processo plastico per la cura radicale dell'Ernia crurale".

Spett. Redazione del « Policlinico ».

Leggo nel diffusissimo e tanto accreditato *Policlinico*, Sez. Prat., fasc. 47, anno XXVIII, pag. 1589, del 21 novembre in corso, una nota del dott. Indelli Antonio Chirurgo primario presso l'Ospedale Civile di Bozzolo (Mantova), circa il mio « Nuovo processo plastico per la cura radicale dell'ernia crurale », ***Riforma Medica***, n. 26, anno XXXVII. Non per entrare in una inutile polemica, ma per discutere un pò con l'egregio Collega, per la sua aspra, impetuosa nonchè ironica critica indirizzatami, prego codesta spettabile Redazione a voler dar recapito e relativa pubblicazione a ciò che nel più breve spazio possibile andrò a dire.

Ben cinque mesi or sono, pubblicando il mio metodo operatorio, aggiunsi in ultimo della mia nota (senza coglierne il destro, come vuole il collega Indelli) pochi criteri personali che credetti opportuno far rilevare, sul metodo operatorio del suddetto Autore. Ora l'egregio collega s'è creduto in dovere di ritornare sull'argomento ed io ben volentieri accetto il cortese invito.

1° Ad un mio incredulo parere circa la sutura del lembo superficiale alla plica falciforme di Allan-Burns, data la distanza di 2 cm. e forse più dal ponte di Poupart, il collega Indelli afferma decisamente che essa sutura è pienamente fattibile, anzi mi invoglia a sperimentarla per convincermene, del quale invito lo ringrazio di cuore aggiungendo di non averne alcun bisogno, e ricordandogli lo stocco della gr. safena. Prosegue dicendo che la distanza tra il ponte di Poupart e la plica in questione, viene a diminuire per lo stiramento e l'elasticità del piccolo lembo già prelevato.

A ciò mi permetto obbiettare che il cortissimo lembo nastriforme che il collega Indelli preleva dalla volta inguinale (o parete inferiore del canale inguinale, che nel lavoro originale viene chiamata parete posteriore, e che altro non sarebbe che la porzione riflessa del ponte di Poupart) non è punto elastico (!) nè tanto sufficiente per l'affrontamento della sutura, a meno che non si mobilizzi l'arcata di Falloppio (e ciò vien fatto dal dott. Indelli solo quando ve n'è bisogno) con tutte le conseguenze dannose per l'integrità del canale inguinale. Si sa da tutti che il mobilizzare il ponte, non ha incontrato tanto pieno favore da parte dei vari operatori.

2° Ad un mio appunto giusto, circa il possibile maltrattamento degli elementi del funicello spermatico nella dissezione dei due lembetti sotto forma di battenti sulla parete inferiore del canale inguinale, il dott. Indelli asserisce pienamente che ciò non è punto possibile, per il solo fatto che egli inizia la finestra d'apertura al lato esterno e lontano dagli elementi del cordone spermatico, e che poi con la sonda scanalata protegge il resto del taglio dissettore dai tessuti sottostanti (!).

L'egregio Collega dovrebbe ricordarsi che per quanto allo esterno possa iniziare il taglio di dissezione, si opera sempre sul pavimento del canale inguinale, il quale canale, come si sa dalla Anatomia, incomincia alla metà della distanza che intercede dalla spina iliaca anteriore superiore alla sinfisi pubica. L'autore ricorderà inoltre che l'orificio crurale profondo giace visto dall'interno della cavità addominale subito all'esterno del prolungamento d'una linea che segna la direzione dell'arteria ombelicale obliterata (Romiti, *Trattato di Anatomia dell'uomo.* Miologia, pag. 559, fig. 356).

Ora per il dott. Indelli questo momento operatorio è della massima semplicità e innocuità per gli elementi funicolari; ciò certamente è dovuto alla valentia operatoria dell'autore; io per mio conto sostengo che tanto più felici e facili riescano gl'interventi chirurgici, quanto più comoda è la posizione di chi opera e quanto più in luce sono le parti da aggredirsi.

Incidentalmente faccio notare all'egregio Collega che, mentre nella stessa pagina 1589 dice, per « galante ironia », che il mio metodo *apparentemente* è più semplice del suo, non al di là di 70 righi si contraddice asserendo che il mio metodo è più semplice *realmente e meno delicato del suo.* (Ringrazio l'egregio Collega per il lusinghiero suo apprezzamento).

E riprendendo il filo della nostra discussione, il dott. Indelli per sua errata interpretazione di quello che scrissi, dice che io avrei avuta la velleità (nientemeno!) di offrire ai chirurgi un metodo *disinvolto e sbrigativo*, senza che egli abbia ponderatamente letto la chiusura della mia nota, nella quale dico. *« Circa i pregi o i difetti del mio metodo, di cui io oggi non mi accorgo, i sig. chirurgi ai quali lo comunico, mi daranno il giudizio che meglio crederanno ».*

Veda bene, dunque, il dott. Indelli che sempre con tutta modestia scrissi, e che non ebbi mai nessunissima pretenzione circa il valore e l'avvenire del mio metodo.

Al contrario l'egregio Collega ha il più fermo convincimento che il suo processo operatorio risponda benissimo agli scopi chirurgici (!), *Fiat.!*

Continuando nella sua aspra critica, l'autore si meraviglia enormemente come io possa comprendere nella sutura del margine inferiore del lembo aponevrotico quadrangolare, prelevato dalla aponevrosi del m. Grande Obliquo, anche il periostio della branca orizzontale del pube.

Apriti cielo!!! Sarebbe mai tanto profondamente situato questo signor periostio, o il pube è tanto lontano dalla regione che c'interessa?

È ovvio rispondere, e il buon senso dell'egregio Collega, ponderando bene, si accorgerà della completa fattibilità della cosa.

Cosa debbo io rispondere alle vibrate parole dell'autore circa la porta erniaria?

Mi si dice che io non mi preoccupo troppo dell'anello crurale, poichè cerco di restringerlo soltanto e non eliminarlo. Ma, l'egregio e valoroso operatore tiene ben presente i limiti di cotesto anello?

A titolo di semplice ricordo, credo far cosa utile per me, menzionarli secondo la dicitura dell'Illustre e tanto compianto prof. Giovanni Antonelli. Egli infatti dice che i limiti sono: in avanti, il legamento di Gimbernat; in dietro il legamento publico di Cooper, e lateralmente la guaina che involge la vena femorale. (Rüdinger, *Corso di Anatomia Topografica,* con annotazioni del prof. G. Antonelli).

Quale è la porzione dell'anello crurale che più facilmente va soggetta a sfiancamento, allorquando coesiste l'ernia?

Se si osserva, dissezionando, il cadavere d'un ernioso, si vede subito come il legamento di Gimbernat si presenta rilasciato oltremodo; e se con una ago qualunque si sutura il suddetto legamento con quello soprapubico di Cooper (che non è altro che la sua continuazione) si vede che la porta erniaria si rimpicciolisce al punto da sparire del tutto. Su questo concetto si fondarono i metodi dell'affrontamento, suturando bensì altre parti vicine. (Berger, Tricomi, Bassini). Donati. *Chirurgia dell'addome.*

Il legamento di Gimbernat (con la porzione gimbernatica del ponte) e il legamento di Cooper, richiamano alla mente la figura d'una fionda coricata, per cui io chiamerei il tutto « *legamento fundiforme lacunare* ». (Si osservi la bella figura dello Zuckerkandl, Alas der Topographischen Anatomie, pag. 644.

Ora questi elementari ricordi anatomici varranno a dare la normale serenità all'egregio Collega e a far ritirare l'ingiusta accusa, cioè quella di non volermi io curare dell'anello cru-

rale profondo? D'altronde, veda egli sul cadavere e se ne convincerà, senza dar troppa importanza alla mia 2ª figura che non risponde del tutto al vero.

Il dott. Indelli continua dicendo che col mio metodo si potrebbe incorrere in recidiva del male. A ciò rispondo subito col comunicargli che le due mie operate, delle quali una con notevole sventramento, hanno conservato una ermetica chiusura dell'antica porta erniaria. Di più esorto l'egregio Collega a voler prima sperimentare il mio metodo e dopo si accorgerà se i principî che mi hanno guidato siano o no errati.

Infine aggiungo, a proposito di quel che dice il dott. Indelli (e cioè che il mio metodo si preoccupa solo della chiusura del canale crurale) che il canale comincia (allorchè esiste l'ernia) all'anello crurale profondo e termina alla plica falciforme di Allan-Burns (3 cm. al massimo Antonelli) e che il lembo aponevrotico a guisa di sipario da me prelevato o meglio dissecato, non viene punto suturato sulla lunghezza del canale bensì su tutto il contorno dell'anello crurale profondo e cioè al muscolo pettineo e alla sua aponevrosi (muscolo che il dott. Indelli forse non ricordava che s'inserisce sul legamento di Cooper); non solo ma al periostio della branca del pube e alla guaina vascolare (che il Collega Indelli ricorderà formare il lato esterno dell'anello).

Riguardo al canale, esso viene abolito dalla sutura a borsa di tabacco del connettivo ambiente, il che sarebbe anche superfluo.

E, terminando, non altro ho da aggiungere se non che porgere un modesto consiglio all'egregio dott. Indelli, d'essere cioè per l'avvenire più accorto e ponderato nelle sue critiche e ossequiandolo cordialmente lo esorto a credere che la casistica sola darà per entrambi il migliore giudizio.

Dott. SILVESTRO BILE
assistente ordinario.

***

Alla suesposta nota vibrata del Collega dottor Bile, a proposito di una mia contro critica alla critica da Lui esposta, sia pure sommariamente, nella *Riforma Medica* del 25 giugno 1921, sono costretto, tanto per finire una polemica, che tende a divenir troppo lunga, a riconoscere che delle obbiezioni mosse all'egregio Collega. Egli non ha tenuto il debito conto.

Per quanto riguarda il mio metodo plastico Egli ancora vuole trovare appiglio per sostenere la sua incredulità sia nei riguardi *della lateralizzazione* del lembo superiore plastico colla plica di Allan-Burns, sia sulla sicurezza da me proclamata di non includere gli elementi del funicello spermatico tanto nella sutura del lembo inferiore con l'aponeurosi pettinea o col legamento del Cooper quanto nella dissezione del lembo stesso.

I miei argomenti non lo persuadono troppo e di ciò io non gli fo colpa; ma al mio invito di tentare il metodo operativo da me suggerito per convincersi della verità di quanto io ho detto e ripetuto Egli si rifiuta. Ciò è male e sopratutto non giustificato!

In quanto alla mia obbiezione che il suo metodo riesca veramente allo scopo di chiudere perfettamente l'anello crurale a dire la verità la spiegazione del Collega Bile non mi appaga, e a mio modestissimo modo di vedere poteva essere dall'Autore meglio chiarita e sviluppata. Anzitutto il Collega dovrà notare che la dizione ultima della sutura del suo lembo con il piano dell'anello crurale è un po' diversa da quella enunciata nella prima comunicazione.

Resta ad ogni modo per me e per i lettori di queste nostre note non troppo chiara la perfetta chiusura dell'orificio crurale coll'addossamento del lembo quadrangolare, proposto dall'autore, al contorno dell'anello crurale profondo. Io immagino che la sutura in tal caso verrà eseguita dall'autore soltanto per quella parte semicircolare dell'anello, che guarda il piano pettineo; ossia quello che è stato ristretto da Lui con i famosi punti che vanno senza necessità (mi scusi il Collega Bile questa licenza) sino al periostio.

Ora per le ragioni da me svolte nella ultima nota mi pare ovvio che il sipario aponeurotico, teso secondo questo metodo, non possa fare a meno che racchiudere uno spazio triangolare, che ha per base il diametro dell'anello crurale.

Se il Collega Bile ha eseguito il suo metodo (come avrei forse ragione di ritenere) in soggetti normali, nei quali appunto questo anello è di dimensioni ridotte, è pure ovvio che lo spazio da me ricordato col noto di Lui procedimento è talmente ridotto da ritenersi virtuale.

Ma allora in questo caso non saprei quale vantaggio può recare il metodo proposto dall'autore sugli altri comuni di addossamento, alla Tricomi o alla Bassini per esempio.

Se viceversa il Collega Bile accoglie come indicazione di adozione del suo metodo una accentuata dimensione di quest'anello crurale ed una forte distanza e tensione dell'arcata Falloppiana (ossia quei casi speciali da me

ricordati), Egli dovrà convenire che l'adozione del suo metodo offre appunto gli inconvenienti da me rimarcati.

Del resto io, esponendo la surriferita indicazione per l'adozione del mio metodo, non ho avuto la pretesa di ritenerlo impeccabile; anzi ho aggiunto che è delicato assai e che occorre un po' di attenzione; eseguendosi solo allora con una certa facilità. Il metodo del Collega Bile è più semplice e più sbrigativo (voglio dire meno delicato); qualità queste che di fronte ai pericoli a parer mio rimarcati, me lo fanno ritenere di una genialità più apparente che reale. Questo ho voluto dire come spiegazione alla rimarcata contraddizione, che non sussiste affatto, solo se il Collega dottor Bile legga un'altra volta e con più calma di spirito la mia precedente nota.

L'egr. Collega d'altra parte dovrà scusarmi se non ribatto alle osservazioni e lezioni a base d'anatomia topografica che Egli m'impartisce; gli son grato dell'intenzione; ma non ne sento il bisogno.

Ringrazio ad ogni modo l'egregio Collega di avermi risposto e colgo l'occasione per esternargli da questo foglio i miei migliori omaggi ed auguri. Dr. INDELLI.

RIVENDICAZIONI.

Sulla perdita del senso di direzione della cute stirata.

Dott. A. MARINA (Genova).

Baeyer nella seduta del giugno 1921 della Società di psichiatria e nevrologia di Berlino (1), parlando sui mutamenti del tono muscolare e del relativo trattamento ortopedico, raccomandò, per esaminare la sensibilità profonda, di spostare la cute *en masse* e soggiunse che il tabetico, già allo inizio della malattia sbaglia nell'indicare la direzione di questo spostamento, anche se la sensibilità superficiale sia intatta.

Nel 1917 pubblicai in questo periodico (2) la osservazione riferentesi ad un malato, il quale dopo un tifo, presentò paresi del braccio destro — residuo di una emiparesi — con scosse ritmiche che insorgevano ed aumentavano di intensità con i movimenti volontari; di più, in tutta la metà destra del corpo, eccetto che al cuoio capelluto, al pene ed allo scroto, v'era anestesia completa cutanea, muscolare, articolare e perdita del senso di posizione degli arti e del capo — non del tronco — astereognesia e perdita del senso di direzione della cute stirata, così del lobulo, del padiglione e della lingua nello stiramento verso destra; unica sensazione che persisteva era quella di una pressione alla cute, quando prendevo una piega per stirarla in un senso o nell'altro, anzi, ad ogni tocco l'ammalato aveva la sensazione di pressione che veniva ben localizzata. La pallestesia non fu potuta esaminare per mancanza di diapason.

Evidentemente il fenomeno al quale incidentalmente Baeyer accenna è quello da me osservato e studiato quattro anni prima. Supposi che la sindrone fosse dovuta ad un focolaio corticale o sottocorticale che colpisse i giri centrali di sinistra e le vicinanze del lobo parietale più nella sua parte inferiore. Dopo un solo caso — ed a mia conoscenza osservazioni simili non erano state ancora pubblicate — non potevo trarre deduzioni, se cioè quella perdita del senso di direzione della cute stirata sia semplicemente effetto della anestesia cutanea od anche del tessuto muscolare sottocutaneo, o se quel deficit si manifesti solamente quando ci sia anche la perdita del così detto senso muscolare in generale e del movimento articolare.

Baeyer ci dice, che il fenomeno rilevato è indipendente dalla sensibilità cutanea e lo crede appartenere alla sensibilità profonda; ciò è da studiarsi; cioè, se effettivamente esso sia da porsi senz'altro insieme con la perdita della sensibiltà profonda, se si debba ammettere che la mancanza del senso di direzione della cute, della lingua, dell'orecchio esterno stirati, sia da appaiarsi alla perdita del senso di posizione degli arti, cioè a quello dato dalla muscolatura scheletrica e delle articolazioni, o se, come pensa Frank (1) per la pallestesia, sia una forma speciale di sensibilità, se trasmessa da rami cutanei o muscolari; in ogni modo parmi che, una volta fermata l'attenzione sul fenomeno, esso debba venir ricercato in tutti i casi di turbe della sensibilità e studiato per ciò che si riferisce alla sua genesi ed alla eventuale importanza neurologica.

Dicembre 1921.

(1) BAEYER. *Tonusveränderungen und ihre orthopedische Behandlung*. Zentrbl. für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie, Bd. XXVI, H 2, 1921.

(2) A. MARINA. *La perdita del senso di direzione della cute stirata in un caso di emiparesi con varie turbe di sensibiltà, avvenuta all'inizio di un tifo*. Il Policlinico, vol. XXIV, 1917, fasc. 5.

(1) C. FRANK. *I disturbi d ella pallestesia nelle lesioni traumatiche dei tronchi nervosi periferici*. Archivio generale di neurologia, psichiatria e psicoanalisi. Nocera Inf., Salerno, vol. II. fasc. 30-6-1921.

COMMENTI.

CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretta dal prof. F. MICHELI.

A proposito di un metodo per il " Dosaggio degli anticorpi nella prova di Wassermann ".

Nota per il dott. PAOLO PIETRA.

Nel fasc. 44, 1921, del *Policlinico*, Sezione pratica, il prof. P. F. Zuccola espone un presunto nuovo metodo per il dosamento della prova del Wassermann, metodo il quale non vuol essere che una lieve modificazione di quello proposto recentemente dal Peyre (*Presse Médic.*, n. 6, 1921).

In sostanza il metodo non consiste in altro che nel saggiare la reazione con dosi progressivamente sempre minori di siero opportunatamente diluite, e nel significare con una trascrizione numerica convenzionale i risultati così ottenuti.

Siamo già tanto abituati a veder fiorire ogni giorno intorno alla R. W. proposte di modificazioni e di presunte novità, che poi si rintracciano vecchie di parecchi anni nella letteratura e già completamente discusse e vagliate, che forse non varrebbe la spesa di soffermarci sull articolo citato. Ma è doveroso nel caso presente spendere qualche parola perchè, se ormai non reca meraviglia che da molti autori d'oltr'alpe vengano sistematicamente trascurati i lavori delle altre nazioni e della nostra in particolare, stupisce assai che il prof. Zuccola abbia in questo caso neglettto non solo i lavori italiani già pubblicati sull'argomento da lui trattato, ma addirittura quelli dell'Università e della Scuola di Torino dalla quale egli stesso è uscito e dove ha certo imparato gli elementi della R. W.

Se infatti il prof. Zuccola avesse riaperto, per es., la pubblicazione « Osservazioni e ricerche sulla sierodiagnosi della sifilide » di Micheli e Borelli (*Rivista Critica di Clinica Medica*, 1908) vi avrebbe trovato un esempio di dosamento dell'attività di un siero perfettamente identico si può dire nel metodo a quanto propongono il Peyre e lo Zuccola.

E in un successivo lavoro « Influenza dell'arsenico e mercurio sulla R. W., ecc. » di Borelli e Messineo (*Biochimica e Terapia sperimentale*, 1910), egli avrebbe potuto verificare tale metodo di diluizione proposto sistematicamente per il dosamento della reazione positiva della Wassermann, con una trascrizione numerica di valori che è esattamente quella da lui suggerita.

Ed è poi da notare che i predetti autori nei lavori citati non accampano pretese di priorità su tali metodi di ricerca, perchè questi sono vecchi quanto è vecchia la R. W. e fin dai primi ricercatori che nel 1906-1907 si occuparono di dilucidare le modalità e la natura della R. W. (ricordiamo soltanto Citron e Meyer) tale particolarità di tecnica di frazionamento dei sieri fu già utilizzata allo scopo d'approfondire lo studio della reazione.

Nulla havvi dunque di nuovo nei metodi del Peyer e dello Zuccola, neanche la proposta di usare questa particolare tecnica per il dosamento dei cosiddetti anticorpi nella prova del Wassermann.

A proposito di radio-terapia intensiva.

Ho letto le osservazioni fatte dai dottori Milani ed Attili al mio articolo sulla radio-terapia intensiva nelle Cliniche tedesche. Nessuno più di me riconosce le benemerenze della Clinica radiologica di Roma e specialmente quelle del suo Direttore prof. Ghirarducci, il quale oltre ad essere stato il primo, che si è occupato dell'azione biologica e terapeutica dei raggi secondari, ha scritto mirabili pagine sull'azione biologica dei raggi Roentgen ed ha intraveduto e dimostrato per primo la loro azione specifica in rapporto con la varia lunghezza di onda. Lungi quindi da me, parlando delle Cliniche tedesche, l'intenzione di diminuire i metodi scientifici e pratici degli Istituti Radiologici Italiani e in ispecie di quello romano, avendo essi contribuito meravigliosamente alla creazione, al rigoglio ed allo sviluppo della radio-terapia intensiva. Ho già detto e torno a ripetere, che il Ghilarducci ha preceduto il Wintz nella introduzione e nella pratica della jonoforesi, dalla quale ha ricavato risultati terapeutici favorevolissimi. Duolmi di non essermi forse chiaramente spiegato. Io sono il primo a rivendicare e a riconoscere i meriti degli Italiani e mi associo di tutto cuore alla proposta di definire la jonoforesi col nome di « metodo del Ghilarducci ».

Prof. FILIPPO SARACENI.

AVVERTENZE.

I quesiti devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente.

LA REDAZIONE.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Lo stato attuale della proteino-terapia non specifica.

(H. SMITH WILLIAMS. *Medical Record*, 24 settembre 1921).

È fuori dubbio che la proteino-terapia non specifica merita un posto accanto alla siero e vaccinoterapia, essa è stata largamente provata e non senza successo: 1° nelle infezioni acute, come tifoide, difterite, antrace, tifo esantematico, polmonite, sepsi acuta; 2° nell'artrite, acuta, subacuta e cronica; 3° in varie malattie di dominio urologico e dermatologico, fra cui complicazioni gonorroiche, lupus eritematoso, dermatite essoliativa e psoriasi; 4° nella irite, nel tracoma, nella tubercolosi. L'A. l'ha anche applicata nel sarcoma e carcinoma. L'A. ritiene anzi che le proteine non batteriche arriveranno a soppiantare la siero-e vaccinoterapia, e basa queste sue convinzioni sulla risposta dell'organismo a tali proteine, e specialmente, al siero di pecora ed alle proteine vegetali. Queste osservazioni, interpretate alla luce delle nuove idee sulla fisiologia delle emazie, forniscono le basi teoriche su cui poggia questa terapia. Del resto non è da ora che la proteinoterapia, detta non specifica, viene applicata in medicina: le iniezioni di sieri (non specifici) di nucleina, l'uso dei lieviti, della tubercolina, della tripsina (nel carcinoma) ne sono un esempio.

Le maggiori applicazioni della proteino-terapia non specifica sono state finora le infezioni microbiche ed i disturbi del metabolismo dipendenti più o meno da azioni microbiche.

1° *Infezioni microbiche.* Nel considerare questo argomento, bisogna tener presente un fatto, troppo spesso trascurato dai batteriologi, che cioè l'infezione specifica coinvolge anche un elemento non specifico; cioè la malattia, risultante dall'invasione batterica, comprende appunto l'invasione dell'organismo da parte dei microorganismi che possono appunto considerarsi come proteine non specifiche. Essi poi elaborano dei prodotti tossici, che vanno considerati niente altro che come prodotti di rifiuto, analoghi ai rifiuti domestici ed alle acque di fogna delle colletività umane, che infettano l'ambiente; nel caso dei germi, l'individuo invaso. Queste sostanze sono inseparabili dalla vita dei germi, presentano poche differenze fra i germi di specie diverse dello stesso gruppo, e costituiscono quelle, che noi siamo abituati a chiamare tossine, le quali vanno neutralizzate, altrimenti l'ospite ne va di mezzo. Nel caso della difterite, in cui il germe vive alla superficie delle mucose, mandando i suoi prodotti nel sangue, la tossina specifica appare maggiormente potente; è ovvio però che tali prodotti si trovano in ogni caso e che i danni provocati da questi sarebbero trascurabili, se si trovasse il mezzo di uccidere rapidamente il germe. In altre parole, se noi potessimo levare di mezzo l'elemento non specifico (il germe che si moltiplica) sarebbe ozioso preoccuparsi dell'elemento specifico; è appunto quanto si fa nella chirurgia asettica od antisettica, in cui l'esportazione meccanica, l'esclusione, o l'uccisione del germe previene ogni danno che possa derivare dalla sua tossicità. Analogamente, se noi conoscessimo il mezzo di asportare il bacillo difterico dal faringe del paziente, non avremmo necessità di ricorrere all'antitossina; lo stesso effetto si avrebbe se le mucose secernessero un liquido battericida, se il sangue ed i liquidi organici del paziente avessero proprietà battericide, se i fagociti inglobassero e distruggessero prontamente i germi. In realtà queste condizioni si incontrano anche nell'organismo normale di individui, che pure abitando in ambienti abitati da batteri patogeni, sfuggono alla malattia; la reazione di Schick dimostra la frequenza di tale stato immunitario.

In presenza di un individuo che non possegga immunità, nel sangue del quale i bacilli difterici, versano i loro prodotti tossici, provocando i noti sintomi della difterite, si pratica l'iniezione di siero antidifterico, destinata a neutralizzare le tossine. Questa pratica però coinvolge, di necessità una proteino-terapia non specifica, in quanto che con l'antitossina noi iniettiamo anche le proteine del siero di cavallo, da cui quella non può isolarsi. Non possiamo quindi stabilire quanta parte spetti all'elemento specifico (l'antitossina) e quanto a quello non specifico (il siero), tanto più che questo ha, indubbiamente, un effetto fisiologico, dimostrato dalle reazioni anafilattiche, associate con leucocitosi e probabilmente aumento dell'attività fagocitaria ed enzimica, di cui è nota l'efficacia per combattere le varie infezioni.

[Comunque si interpreti l'effetto finale, non bisogna però scordare che l'azione delle antitossine si esplica anche *in vitro*, neutralizzando la tossina, che riesce poi innocua, fatto che l'A. non mette in luce. (*N. del Redatt.*)].

Si affaccia quindi il problema della possibilità di utilizzare, specialmente in uno stadio iniziale della malatia, il solo antigene non specifico (siero normale di cavallo) per vincere

l'invasione batterica prima che questa abbia prodotto una considerevole quantità di tossine. Non mancano esempi di ciò, fra cui i 466 casi di difterite trattati da Bingel con siero normale, ottenendone risultati soddisfacenti, quanto in 471 casi curati con siero antitossico; anche nel carbonchio si sono ottenuti buoni risultati; così Kieus e Kenna hanno trattato 146 casi di carbonio nell'uomo con iniezioni sottocutanee od endovenose di 30-50 cmc. di siero di bue, con una sola morte, effetti superiori a quelli del siero immune. Negli animali da esperimento Kastenmeyer ha salvato col siero normale tre cavie, iniettate con 100 dosi letali di tossina; invece Myer ha salvato con questo mezzo il 33 1/3 % delle cavie, in confronto del 100 % trattato con l'antitossina.

L'uso di sieri specifici comprende quindi anche la proteino-terapia non specifica; se questa basti da sola dipende probabilmente dallo stadio della malattia e dal grado di invasione delle tossine; certo è che, per ora, dove esistano terapie specifiche, il pratico non può assumersi la responsabilità di usare quella non specifica.

Elementi non specifici nella vaccino-terapia. In questo caso si lascia all'organismo dell'uomo il compito di preparare da sè gli anticorpi necessari, che con la siero-terapia vengono invece preparati dal cavallo. Si inietta quindi una certa quantità di batterî morti, e quindi, oltre alle proteine batteriche, anche le tossine endogene specifiche; ciò è, secondo l'A., illogico ed in certo modo dannoso. Il beneficio che si ottiene con le proteine batteriche, le quali provocano la reazione proteina *non specifica*, può controbilanciare il danno proveniente dall'introduzione di tossina in un sistema che già lotta contro tossina dello stesso tipo. Meglio varrebbe però sostituire i vaccini con proteine eterogenee di altra origine, come siero normale di cavallo, bue, pecora, o meglio ancora, secondo l'A. proteine di origine vegetale (semi di alfalfa, miglio, rapa, trifoglio) relativamente atossiche e parzialmente idrolizzate per eliminare il pericolo dell'anafilassi.

Analoghi rilievi possono farsi per la proteinoterapia non specifica, quando si usano vaccini di germi affatto estranei alla malattia, come è il caso, p. e., dell'iniezione di vaccini antitifici nell'artrite, in cui per introdurre una proteina eterogenea, si unisce anche l'endotossina tifica. Tutto questo però vale per la terapia, non già per la immunizzazione in cui lo scopo è affatto diverso, mirandosi ad ottenere dall'organismo una risposta, che lo metta in grado di difendersi dalla possibile futura invasione di quei determinati batteri.

2° *Proteinoterapia non specifica in condizioni di turbato metabolismo.* Per questo argomento l'A. si riferisce specialmente alle ricerche da lui fatte, con questa terapia, sul cancro e sulla psoriasi, in cui i risultati sarebbero stati talmente notevoli, da incoraggiare ulteriori osservazioni ed esperimenti.

Per la preparazione degli estratti proteici vegetali (proteal), l'A. si attiene alla quantità di tre mg. di azoto per cmc., ciò che dà una concentrazione approssimativa del 2 % di proteina; con l'alfalfa, si può arrivare al 4 %. Per gli estratti proteici animali (uova, latte), a cui l'A. dà il nome di proteil, viene usato il 3 %; parecchi sieri di cavallo o di pecora arrivano al 6-10 %. Come si è accennato le proteine vegetali, che potrebbero contenere molecole intatte capaci di determinare fenomeni anafilattici, vengono parzialmente idrolizzate, bollendole con acido cloridrico diluito; si ottiene così una soluzione di proteosi, forse con peptoni e polipeptidi. In tal modo con la somministrazione di diecine di migliaia di dosi, si sono avuti soltanto due casi di anafilassi del tutto benigna.

La teoria della risposta proteica. Alcuni medici possono essere restii ad applicare questa terapia perchè la credono mancante delle basi teoretiche; ora la nostra conoscenza sulla reazione dell'organismo alle proteine è indubbiamente incompleta al pari di ogni altro processo biologico, ma è molto più profonda di quanto non sia quella dell'intima azione degli alcaloidi, dei vaccini, dei sieri. Bisogna anzitutto premettere che i corpuscoli del sangue costituiscono il meccanismo direttamente connesso con l'idrolisi di ogni proteina eterogenea, che entri nel torrente sanguigno; sotto questo rapporto, lo stimolo alla attività reattiva dei meccanismi emopoietici è diretto e non può essere messo in dubbio. Bisogna poi distinguere fra introduzione di proteine batteriche, associato con tossine batteriche, e quelle di proteine animale o vegetali, relativamente non tossiche; le prime provocano forte reazione febbrile, con leucocitosi notevole, le seconde, in dosi giuste, non danno sintomi apprezzabili, mentre la risposta dei meccanismi emopoietici è affatto differente e caratteristica; il sangue tende ad un ringiovanimento ed assume l'aspetto che ha di solito nella fanciullezza ed adolescenza. L'aumento dei grandi mononucleari (concomitante a modificazioni dei neoplasmi), conduce l'A. a formulare l'ipotesi che questi leucociti siano particolarmente connessi con i primi stadî dell'idrolisi di proteine estranee nel sistema parenterale. Il fatto che i grandi mononucleari sono abbondanti nella fanciullezza, quando l'organismo deve trattare una grande quantità

di proteine per la costruzione dei tessuti, starebbe in appoggio di tale ipotesi. Le altre modificazioni del sangue, nel senso del ritorno alla normalità sono ormai di dominio comune.

La proteinoterapia è stata dall'A. applicata con successo alla tossiemia intestinale, neurastenia, tubercolosi, distiroidismo, disturbi del metabolismo (obesità, asma, diabete, psoriasi, cancro, ecc.); alle modificazioni cliniche si è quasi sempre accompagnata una modificazione caratteristica del sangue. È dunque consigliabile di tentare in dette malattie, questa terapia.

Elementi specifici nella proteinoterapia non specifica. Questa affermazione, in apparenza paradossale, è sorta dalla concezione che ogni tipo di proteina ha un significato specifico nelle sue relazioni con l'organismo vivente; ora è un fatto che vi sono differenze, almeno quantitative nel modo di risposta alla proteina dell'uovo, del late, del siero, dei vegetali. Nessuna proteina può poi dare un massimo di risposta e risultati ottimi, nei profondi disturbi del metabolismo, è quindi necessario di tanto in tanto cambiare dall'uno all'altra. Tutto questo implica una certa specificità, non nel senso dato ai batteri patogeni, ma in ciò che una data proteina ha qualità che le differenziano da ogni altra. In complesso dunque, la proteino-terapia può considerarsi come specifica; essa, in forma di proteine batteriche atossiche, animali o vegetali potrà provocare in certe condizioni la reazione più soddisfacente o desiderabile e sostituire probabilmente la siero o la vaccino-terapia.

A. FILIPPINI.

PEDIATRIA.

Classifica delle malattie gastro-intestinali nella prima infanzia.

Marfan (*Paris médical*, n. 45, 1921), dopo avere notato che nessuna delle classifiche tentate finora delle affezioni delle vie digestive della prima infanzia ha per fondamento i sintomi clinici rilevati dalla osservazione, dimostra come sempre nel lattante affetto da malattia gastro-intestinale si ha il predominio o del *vomito* o della *diarrea* o della *stitichezza* o della *denutrizione*. Divide quindi le malattie dell'apparato digerente della prima infanzia in 4 grandi gruppi:

1° *Affezioni con predominio del vomito.* — In esse il vomito è la nota principale, per la sua intensità, la sua ripetizione e la sua durata. In questo gruppo si comprendono due affezioni caratteristiche cioè la *malattia dei vomiti abituali* così frequente negli eredoluetici e il *restringimento congenito del piloro*, dovuto ad ipertrofia delle fibre muscolari che circondano questo orifizio.

2° *Affezioni con predominio della diarrea.* — Si ha in esse aumento del numero delle scariche e consistenza più liquida delle feci. Si possono dividere in quattro gruppi:

a) diarree comuni: diarree del lattante al seno; diarree del lattante allevato con latte di vacca; diarree da farine date troppo presto o in eccesso; diarree durante lo slattamento;

b) diarrea coleriforme: è caratterizzata da sintomi tossici come nel colera, è frequente nell'estate, ma solo nei bambini che hanno ingerito del latte di vacca;

c) diarrea a feci mucoemorragiche o enterocolite dissenteriforme: la sua origine è oscura; è senza dubbio una enterite infettiva, colpisce bambini dai 15 mesi ai 3 anni, può essere determinata anche dalla intossicazione mercuriale;

d) diarree infettive specifiche (dissenterie bacillari e amebica, colera, tifo e paratifo, lesioni tbc. o luetiche dell'intestino.

Ai due gruppi precedenti si può aggiungere l'*ematemesi* e la *melena* dei neonati, e diverse ulcerazioni dello stomaco, duodeno e intestino.

3° *Affezioni con predominio della stitichezza.* — Feci dure, rare le evacuazioni spontanee. Si dividono in due gruppi:

a) stitichezze abituali: alimentari da latte di vacca sterilizzato; neuromotrici dei bambini neuropatici da ostacolo meccanico (megacolon congenito);

b) occlusioni intestinali: occlusione intestinale da obliterazione congenita, da strozzamento di ernia inguinale, da invaginazione acuta.

A questo gruppo si possono riunire le affezioni caratterizzate per la loro localizzazione anorettale, cioè: *prolasso del retto, fessura anale, polipi del retto, emorroidi.*

4° *Affezioni con predominio della denutrizione.* — L'assimilazione deve essere molto attiva nei lattanti e nei piccoli bambini e deve superare la disassimilazione: una alimentazione incongrua dei disturbi digestivi possono turbare questo equilibrio ed allora si ha arresto della crescenza, dimagramento, denutrizione.

La denutrizione alle volte è lieve e transitoria come nel caso del lattante al seno, altre volte è permanente e progressiva come nel bambino privato del seno; in certi casi persiste anche quando i disturbi digestivi sono scomparsi. Ne risulta che nella prima età gli

stati di denutrizione sono frequenti, speciali, hanno una certa autonomia e meritano di essere studiati.

La caratteristica principale di questi stati di denutrizione è la *scomparsa progressiva del pannicolo adiposo* che può essere di tre gradi:

1° *Ipotrepsia lieve* quando il pannicolo adiposo si assottiglia, ma è conservato in tutte le regioni del corpo.

2° *Ipotrepsia media* quando il pannicolo scompare allo addome ed al tronco, ma è ancora conservato nelle membra ed al viso.

3° *Atrepsia* (Parrot) quando il pannicolo è scomparso quasi totalmente per cui il viso del bambino diventa scimmiesco, senile.

Questa classificazione, dice Marfan, facilita la diagnosi; essa è fondata sul sintoma, risale dal sintoma alla sindrome e dalla sindrome va all'affezione morbosa ed alla causa di essa onde permette di stabilire le indicazioni terapeutiche.

GENOESE.

VENEROLOGIA.

L'elettricità nel trattamento delle uretriti acute e croniche.

Sotto questo nome il dott. Roucayrol, della Commissione di profilassi antivenerea del Ministero di igiene a Parigi, ha pubblicato una monografia per render noti, nella cura delle uretriti acute e croniche generalmente blenorragiche, due metodi da lui ideati e cioè la « detersione elettrolitica », applicazione delle correnti galvaniche, e l'uso di un suo apparecchio « registratore elettro-termico » per correnti ad alta frequenza nella diatermia endouretrale.

Di tali metodi io penso non meriterebbe far cenno, se il render noti i pericoli che possono attentare alla salute dei blenorragici non costituisse opera di profilassi sociale al pari della vera profilassi contro il gonococco.

Per realizzare uno strumento che « massaggiasse e spremesse i tessuti dell'uretra, aspirandone le eventuali secrezioni » il Roucayrol ideò l'apparecchio di detersione elettrolitica.

È una specie di catetere metallico, di 24 cm. di lunghezza, il cui corpo è forgiato a passo di vite fino all'estremità, leggermente incurvata e con dei forellini al suo apice. Riempita la vescica con una soluzione antisettica (acqua borica o un sale d'Argento), l'autore riunisce il polo positivo del circuito alla placca situata sulla coscia o sull'addome del malato e fissa il polo negativo allo strumento. Mentre passa la corrente, di variabile intensità a seconda del diametro dell'apparecchio, graduato secondo la filiera Beniqué (7 a 10 milliamp. per un n. 40 ad es., o 15 o 20 mill. per un num. 50) egli esercita col suo strumento, a passo di vite, cui imprime un dolce movimento di va e vieni, un massaggio « efficace » per l'espressione sopratutto delle glandole uretrali, prima dell'uretra anteriore, poi della posteriore. Dopo 5 minuti del passaggio della corrente, procede al lavaggio uretrale innestando allo stesso strumento, che è forato all'estremo, il tubo dell'irrigatore. Poche sedute basterebbero a « far sparire rapidamente la sensibilità uretrale, a ripulire le glandole del Littre, a far riassorbire le infiltrazioni molli, a rendere permeabili invincibili stenosi ». Il metodo è per le uretriti croniche.

L'altro apparecchio, dal Roucayrol costruito, è per l'applicazione delle correnti ad alta frequenza per la guarigione delle uretriti gonococciche acute e croniche con la diatermia endouretrale.

Il suo apparecchio avrebbe sopratutto il vantaggio di avere costantemente sotto gli occhi una grafica, riproducente automaticamente le differenti curve di calore da sorvegliare.

Le sonde conduttrici della corrente sono come Beniqués ricurvi per tutta l'uretra o come Beniqués dritti, con una lieve curvatura all'estremo, per l'uretra anteriore. L'applicazione dura 20 minuti e si può far salire la temperatura a 46° o 48°, variando da 1500 a 2500 milliampère.

È inutile ogni lavaggio vescicale.

Iniziando *subito* nelle forme acute gonococciche, l'Autore avrebbe avuto l'85 % di guarigioni in 3 giorni e il 100 %, se l'inizio della cura era nelle prime 48 ore.

Brillantissimi risultati avrebbe avuto nelle forme croniche. Con uno speculum termoforo speciale, l'A. ha fatto brillanti applicazioni di diatermia endovaginale con le correnti ad alta frequenza nella donna.

Chi consideri l'andamento clinico delle uretriti gonococciche acute e l'anatomia patologica delle uretriti acute e croniche, chi consideri che il gonococco rapidamente invade la profondità dei tessuti e che edemizzare l'uretra, con inopportuni interventi, non significa che arricchire il terreno di cultura del microorganismo di Neisser, che, non essendo più soltanto in superficie, non è ovunque aggredibile, non può che rimaner sorpreso di certi pretesi risultati nella cura delle uretriti gonococciche acute e croniche.

E se l'utilità dell'uso delle correnti elettriche può esser per i più discussa in certe particolari complicanze dell'uretrite cronica (la galvanopuntura per es. nella distruzione di pic-

coli polipi, ecc.) l'uso dei metodi proposti dal dott. Roucayrol, per le forme acute e croniche del processo blenorragico uretrale, è da augurarsi sia limitato alla distruzione del gonococco nei tubi di cultura, esperienza che egli mette a capo dei suoi metodi, e che certo non troverà increduli coloro che non credono alla così facile distruzione del gonococco nell'uretra.

CESARE DUCREY.

CENNI BIBLIOGRAFICI

W. H.. PARK and A. W. WILLIAMS: *Pathogenic Microörganisms.* — Lea and Febiger, ed., Philadelphia a. New York, 1920. — Prezzo doll. 6.50.

Il volume che Park e Williams, con la collaborazione del dott. Krumwiele, dedicano ai microorganismi patogeni è un trattato moderno e completo di microbiologia dedicato agli studenti, ai medici, agli ufficiali sanitari. È la settima edizione del primo libro « Bacteriology in Medicine and Surgery » riveduto e messo al corrente dei progressi e dell'evoluzione che le ricerche micro-biologiche hanno subito in questi ultimi anni. Lo studio dei germi nelle loro varietà e negli stipiti patogeni, l'importanza dele spirochetosi, il capitolo dei virus filtrabili trovano conveniente sviluppo, se pure in qualche parte già il progresso ha superato la novità del libro come a proposito delle spirochetosi ictero emorragiche, della etiologia della febre gialla per opera del Nogouki.

I capitoli speciali di bacteriologia e di microbiologia sono preceduti da una parte generale sui mezzi di cultura, sul prelevamento del materiale, sulle esperienze in animale, sulle colorazioni, in cui la brevità e l'esattezza sono le doti migliori; i concetti sulla immunità sono sviluppati in maniera sufficiente e chiara.

In una prossima edizione ci auguriamo che gli autori tengano nel dovuto conto anche i lavori italiani. Così come è redatto, il manuale, arricchito di buone tavole esplicative numerose sarà ottima guida a chi si istradi e segua il ricco campo della microbiologia.

t. p.

DOPTER e SACQUEPÉE. *Bactériologie.* (J.-B. Ballière et Fils, Paris. Fr. 55, 1921).

Questa seconda edizione del trattato di bacteriologia di Dopter e Sacquepée, che esce per i tipi di Ballière in due volumi, non è una semplice ristampa del noto trattato, ma una vera nuova edizione, messa al corrente di quanto ha arricchito la bacteriologia in questi ultimi anni. In poco più di 200 pagine, delle quali è accresciuta la nuova edizione, gli AA. hanno trovato modo di aggiungere interessanti capitoli sulle *spirochetosi* (*spirochaeta icterohaemorragica, leptospira icteroides, parasite de la fièvre des tranchées, spirochètes du sodoku, spirochaeta bronchialis*) e di completare molti altri argomenti come quello dei virus filtrabili (encefalite epidemica, grippe, febbre dei tre giorni, agalassia contagiosa delle pecore). Anche lavori recentissimi, come quello sul bacteriofago di d'Herelle, trovano adeguato trattamento.

Infine il testo è migliorato ed arricchito di illustrazioni più dimostrative (malaria, ecc.). Sebbene nel complesso le direttive del libro non siano mutate, per le aggiunte, per i capitoli nuovi, il trattato di Dopter e Sacquepée si raccomanda come uno dei libri ben fatti e più moderni nel campo della bacteriologia.

t. p.

M. NEVEU-LEMAIRE. *Parasitologie Humaine.* (J. Lamarre, éd., Paris, 1921, 5e éd. Prix. fr. 22).

La 5a edizione del Manuale di parassitologia umana viene a proposito, perchè in piccolo volume (466 pagine), l'A. trova modo di mettere lo studioso al corrente di quanto occorre, a letto del malato, per la diagnosi di malattie, che gli studî moderni hanno dimostrato essere molto diffuse e sulle quali una conveniente terapia può avere i più lusinghieri resultati. Nel volume sono contenute 313 nitide figure, che opportunamente illustrano le forme più comuni dei parassiti.

Noi consigliamo al pratico il bel volumetto tascabile, utile ausilio e necessario complemento della cultura del medico pratico.

t. p.

LOEWIT M. *Infektion und Immunität.* Wien, Urban und Schwarzenberg, 1921. Mk. 80.

Quasi compiuta era l'opera del Loewit, quando nel 1918 essa rimase interrotta per la morte dell.A. Gustav Bayer raccolse allora il materiale riunito dall'A. e pose termine all'opera dandola alla stampa.

L'A. in un primo capitolo tratta del concetto di malattia passando in rassegna tutte le varie definizioni che di malattia vennero formulate durante il continuo evolversi degli studi medici, e riporta i concetti sulla ereditarietà delle malattie infettive e non infettive e specialmente nella trasmissione al feto di infezioni di origine materna o paterna e sulla presenza nel sangue fetale di anticorpi specifici.

Nei capitoli successivi è ampiamente svolto

tutto quanto si riferisce alle infezioni, alla immunità attiva e passiva, alla immunità verso i veleni e le tossine di origine bacterica, e contro i bacteri.

Diffusamente trattati sono i fenomeni immunitari, e da ultimo l'anafilassi, l'anti-anafilassi e l'allergia.

È opera chiara e completa, che si presenta assai utile per chiunque desideri conoscere a fondo tale parte delle scienze mediche.

TR.

LINOSSIER. *Les Lipoïdes dans l'infection et dans l'immunité.* Paris, J.-B. Baillière et fils, 1920. Fr. 10.

Gli studi compiuti sui lipoidi e le numerose osservazioni comparse dall'inizio del sec. XX ad oggi tendono a conferire ai lipoidi una parte preponderante in biologia.

Così molteplici sono le pubblicazioni comparse sull'importanza e sulla funzione dei lipoidi nelle malattie infettive e nell'immunità.

L'A. passa in rapida rassegna tutto il materiale pubblicato, lo discute abilmente mantenendo soltanto quelle affermazioni e conclusioni che resistono alla più rigorosa critica.

TR.

Dott. N. PH. TENDELOO. *Konstellationspathologie und Erblichkeit.* Ed. Springer, Berlin, 1921, pag. 32. Prezzo M. 8.60.

È una breve monografia nella quale il patologo olandese, sviluppando un concetto già svolto in precedenti lavori, sostiene che per interpretare esattamente i fenomeni biologici in genere e quelli dell'ontegenesi in ispecie, occorre tener conto non solo del numero dei fattori che tali fenomeni determinano, ma anche delle condizioni di tempo e di spazio in cui i fattori stessi esplicano la loro azione nonchè della possibilità che essi si influenzino reciprocamente.

L'autorità del Tendeloo non meno che l'originalità e l'importanza dell'argomento trattato rendono assai pregevole la breve pubblicazione che sarà letta con interesse da tutti coloro che si occupano di biologia e di patologia generale.

F. M.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 27 novembre 1921.

Presidenza del Prof. V. ASCOLI - Presidente.

Commemorazione del socio Prof. Taussig.

Prof. MARCHIAFAVA. — Commemora il socio prof. Leopoldo Taussig ricordando i suoi lavori scientifici e l'opera di medico e l'attività svolta a vantaggio dell'Accademia di cui fu economo-cassiere dal 1893 fino a pochi mesi prima della morte.

Sulla tubercolosi renale e particolarmente sugli esiti lontani dopo la nefrectomia.

Prof. R. ALESSANDRI. — I casi dall'O. osservati, tolti quelli di cui non ha potuto avere nozione precisa, sono 126, di cui 94 vennero operati, 32 non furono oggetto d'intervento, e di questi la maggior parte perchè affetti da lesioni bilaterali. Di 94 operati in 84 fu praticata la nefrectomia. È questa infatti per l'O. l'unica operazione consigliabile e che può essere seguita da guarigione stabile. Delle 84 nefrectomie praticate in 70 si ebbe guarigione dell'atto operativo, mentre 14 morirono; si ebbe cioè l'83.33 % di guarigioni immediate.

L'O. si sofferma quindi a parlare della diagnosi di tubercolosi renale ed accenna ai diversi metodi con cui possiamo saggiare la funzione renale e quella singola dei reni. Ritiene debba rigettarsi il cateterismo ureterale a vescica aperta e per le difficoltà e per l'aggravamento che ne riceve il malato. Ritiene più utile la doppia lombotomia esplorativa da lui praticata fin dal 1905.

Prof. A. ALESSANDRI. — Secondo la sua esperienza l'O. non condivide l'idea dei Mayo ed altri della riunione per prima nei casi di nefrectomia e ureterectomia per tubercolosi.

Su 70 infermi operati e guariti in un certo numero di casi si ebbe come risultati lontano esito infausto o per diffusione del processo tubercolare in altri organi o per insufficienza renale e fatti uremici con sintomi che facevano pensare a lesione tubercolare del rene rimasto. La maggior parte dei malati, 54, stanno abbastanza bene, persistono però in taluni disturbi vescicali: ma anche in quelli in cui i disturbi vescicali erano gravi, i sintomi sono andati attenuandosi e in alcuni di essi sono cessati completamente dopo essere stati sottoposti a cure mediche o anche spontaneamente.

Sull'occlusione sperimentale dello stomaco considerata dal punto di vista chirurgico.

Prof. G. BAGGIO. — Dalle esperienze eseguite l'O. ha fatto i seguenti rilievi. L'occlusione unilaterale dello stomaco, nella misura estrema nella quale fu proposta e anche eseguita da Polya sull'uomo per ulceri peptiche digiunali consecutive a gastro-enterostomia, gli ha dimostrato nel cane di produrre costantemente necrosi della stomia ga-

stro-enterica in brevissimo periodo di tempo, con susseguente peritonite da perforazione.

Sperimentalmente essa si palesa quindi come un'operazione di praticità assai dubbia.

La distanza che passa fra clinica ed esperimento impone di ridurre questa conclusione al suo valore di laboratorio, e la peculiare circostanza che il tasso cloridrico del succo gastrico è molto più elevato nel cane che nell'uomo, mette maggiormente in evidenza questa riserva.

D'altro canto il ripetersi del fatto fondamentale dello stesso fenomeno sia pure con differente entità anche in esperimenti altrui, come pure il fatto di estendersi ad interessare la stessa parete gastrica quando lo stomaco sia occluso bilateralmente, e la relativa rispondenza che corre fra il reperto sperimentale dell'O. e l'imputazione mossa dalla Clinica all'esclusione pilorica, obbligano a vieppiù ricercare se e per quale misura, possa il succo di mucosa gastrica rimasta fuori del contatto con gli ingesti produrre necrosi ed ulcerazioni delle parti digerenti con le quali viene poi a necessario e più nocivo contatto.

La reazione di Wassermann dopo la cloronarcosi, la eteronarcosi e le rachianestesie.

Prof. L. DOMINICI. — A parte la interpretazione da darsi al fenomeno che la narcosi possa sia pur temporaneamente indurre negli operati una reazione di W. positiva, poichè questo fatto avrebbe interesse dal punto di vista teorico e pratico specie pel chirurgo e dato che le ricerche in proposito non sono numerose, l'O. ha creduto non inutile portare un contributo su questo argomento estendendo l'osservazione non solo ai casi di cloronarcosi e di eteronarcosi, ma anche a quelli di rachianestesia.

I casi nei quali ha fatto le ricerche ammontano a 62: 39 di cloronarcosi, 12 di eteronarcosi, 11 di rachianestesie con stovaina e novocaina. I risultati ottenuti sono stati tutti costantemente negativi al contrario di quanto avrebbero osservato il Wolfsohn ed il Reicher. Esclusa ogni possibilità di errore l'O. dubita assai del fatto che la narcosi possa con un meccanismo qualsiasi provocare per sè una reazione di W. positiva o per lo meno senza voler escludere del tutto tale possibilità, dato che essa è affermata da diversi Autori, nega che possa effettuarsi con quella grande frequenza che risulterebbe dalle ricerche del Wolfsohn.

Dato poi che un certo numero di ricerche è stato fatto in casi di operazioni praticate sul fegato, sul cervello e sulla midolla spinale, per varie malattie, l'O. ritiene che anche le malattie ed i traumatismi di questi organi per sè oppure accoppiati con la narcosi, non possono indurre nel siero di sangue dei non luetici, almeno con grande frequenza, la W. positiva. Ma su questo secondo punto non insiste poichè le ricerche sperimentali in proposito con risultato positivo sono tante che non si sente autorizzato ad emettere in base al risultato negativo ottenuto in 9 casi di malattie di fegato e 5 casi di malattie o di traumi dei centri nervosi alcuna conclusione.

Sull'origine del mento.

Prof. P. DORELLO. — L'A. dopo aver messo in rilievo l'importanza del mento, che è un acquisto proprio della specie umana avvenuto durante l'epoca quartenaria, ed avere esposto le teorie emesse dai vari autori per spiegare la sua formazione, riprende nuovamente in esame il problema. A causa dello stabilirsi della stazione eretta la posizione della colonna cervicale rispetto al cranio si modifica profondamente inquantochè la colonna cervicale si sposta continuamente verso l'innanzi, a causa di questo spostamento si rendono necessarie modificazioni nella forma della mandibola e nel meccanismo di abbassamento. L'O. che ha già illustrate tali sue modificazioni in altri lavori illustra ora i cambiamenti della forma.

Perchè la base della porzione mentoniera della mandibola non andasse a battere contro gli organi del collo durante l'abbassamento, si è prodotto il rovesciamento verso l'innanzi della porzione basale con il quale cambiamento si è ottenuto anche il vantaggio che la linea di resistenza, che incontrano i denti nel mordere i cibi venisse a cadere direttamente sulla base.

Ma la formazione del mento è dovuta anche alla presenza della protuberanza mentale, la quale costituisce un rinforzo della regione sinfisiana resosi necessario per il modo con il quale nell'uomo si uniscono le due metà della mandibola. La forma speciale della protuberanza mentale è dovuta alla presenza del quadrato del mento. L'O. in fine si occupa della spina mentale e dimostra come essa si sia formata in seguito alla cambiata direzione della lamina mandibolare per cui la fossetta del genioglosso si è trasformata nelle apofisi geni superiore. E. GROSSI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Note sulla reazione cutanea di Friedberger e van des Reis per la diagnosi del tifo esantematico.

È noto come la maggior parte degli autori inclinino a considerare non specifica, dal punto di vista immunologico, la reazione che Weil e Felix nel 1915 introdussero nella diagnosi del tifo esantematico. Di fronte ad essi, Fiedberger sostiene che il Proteus X^{19} è il vero agente etiologico della febbre petecchiale e che il fenomeno della sua agglutinazione con il siero dell'infermo non è che uno dei tanti casi di agglutinazione specifica.

Ed è così che cercando nuovi dati per avvalorare la sua opinione, con il Van des Reis trovò che mentre i malati o convalescenti non reagivano, o poco, alla iniezione intra- o sottocutanea di emulsione di Proteus, le persone sane o altrimenti malate, rispondevano con lieve elevazione termica e flogosi diffusa nel punto dell'iniezione.

Con questo credette il Fiedberger dare un nuovo argomento in favore del valore etiologico dell'X^{19} nel mentre la sua reazione doveva tenere notevole valore diagnostico.

Tapia di Madrid (*La Medicina Ibera*, pagina 152, 1921) seguendo la medesima tecnica del Fiedberger ha eseguito la inoculazione nella cute o sotto la cute di vari infermi di emulsione di Proteus X^{19}.

Il risultato è stato positivo in 12 convalescenti di diverse infermità (tifoidea, malaria, erisipela): due o tre ore dopo l'inoculazione si è notata una macchia infiammatoria leggermente papulosa (se l'inoculazione è stata intradermica) o una reazione infiammatoria, diffusa, molto più intensa (se sottocutanea).

Di sei casi di tifo esantematico fu negativa in quattro, dubbia in due. Di 20 controlli, ne riuscirono 18 positivi e due negativi.

Dai risultati ottenuti, l'A. conclude esser discutibile l'affermazione della specificità ammessa dal Friedberger e crede che la stessa condizione che determina il potere agglutinante può esser causa della reazione cutanea.

Neppure la spiegazione che ne dànno gli autori soddisfa completamente: interpretare che l'assenza della reazione è dovuta alla immunità contro il germe, in quanto sta un poco in contradizione con quello che si osserva in altre reazioni cutanee o batteriche specifiche.

Nello stato attuale delle nostre conoscenze sul tifo esantematico l'A. crede che occorrano nuove ricerche per poter dare una conclusione definitiva sul valore della reazione di Fiedberger: però anche se venga confermato il suo valore diagnostico, non è certo un argomento in favore della specificità del Proteus X^{19}, specie dopo gli irrefutabili esperimenti di Mollers e Wolff.

MONTELEONE.

CASISTICA.

Un caso di reumatismo cerebrale.

Mignot e Marchand descrivono (*Bullet. et Mém. Société Médic. Hôpitaux*, n. 25, 1921) un caso di reumatismo cerebrale di cui poterono fare l'autopsia.

Si trattava di un trentatreenne, forte bevitore, il quale viene nel 1916 e 1917, colpito da crisi di reumatismo articolare.

Nel 1918 — maggio — nuova crisi di reumatismo acuto poliarticolare con applicazioni, solamente, esterne di salicilato di metile.

Al terzo giorno di malattia scoppia nel p. un delirio asistematizzato (allucinazioni visive — idee di fuga) per cui viene internato. Al 4° giorno di malattia sono scomparsi tutti i fenomeni articolari: esiste una certa obnubilazione mentale; il p. non è orientato rispetto al tempo ed al luogo, nè ha coscienza del suo stato morboso; ha illusioni ed allucinazioni visive.

Obiettivamente lieve tremore delle estremità, non rigidità nucale, nè Kernig.

L'agitazione si aggrava la sera e nella notte, per scemare il mattino. Poche ore dopo la confusione mentale è completa, il respiro difficile; il polso piccolo; i rotulei aboliti; la temperatura è di 39°.1. Quasi subito entra in coma.

All'autopsia, macroscopicamente, nulla nei vari visceri; liquido cefalo-rachidiano abbondante, ematico. Congestione delle meningi e cervello.

Microscopicamente:

Meningi: vasi ingorgati di sangue.

Cervello: arteriole e vene dilatate e piene di sangue.

Non stravasi. Accentuate lesioni delle cellule piramidali, specialmente le cellule giganti delle regioni motrici.

Nessuna lesione della nevroglia e delle fibre a mielina.

Negativo l'esame batteriologico.

Cervelletto: le cellule di Purkinje presentano le stesse alterazioni delle cellule pirami-

dali della corteccia sebbene meno accentuate.

Bulbo: congestione scarsa. Cellule dei nuclei con granulazioni cromatofile scarse.

Fegato: degenerazione grassa nella regione periepatica. Il lume delle vene sovraepatiche è molto ridotto.

Reni: capsula ispessita. Cellule epiteliali dei tubuli, turgescenti, edematose.

Milza: follicoli ipertrofici.

Riassumendo: in un soggetto con precedenti reumatici ed alcoolici, scoppia una crisi di poliartrite acuta curata con impacchi salicilici. Al terzo giorno disturbi psichici, per cui viene internato: in questo momento le manifestazioni articolari sono scomparse e lo stato confusionale si accompagna a disturbi sensoriali lievi. Il giorno dopo: coma, morte.

Questa rapidità dell'evoluzione del reumatismo cerebrale è stata frequentemente osservata: le profonde alterazioni del sistema nervoso spiegano l'andamento rapido della malattia.

In tali malati spesso si trova nell'anamnesi l'alcoolismo così frequentemente da doverci domandare se non è tale intossicazione il fattore essenziale dei disturbi cerebrali.

Nel caso in questione però l'alcoolismo non va considerato poichè in clinica possiamo riconoscere l'influenza dell'intossicazione alcoolica se abbiamo a che fare con disturbi sensoriali o con deliri a carattere onirico: la confusione mentale è un elemento comune alle manifestazioni cerebrali dovute sia ad infezioni che ad intossicazioni. Ed il paziente su descritto aveva scarse allucinazioni, mentre era solo confuso.

Nè nel caso in esame va data importanza a possibile intossicazione salicilica, in quanto ci si era contentati di semplice medicatura al salicilato di metile, o alle alte temperature (sempre assenti).

Gli AA. concludono dicendo che il reumatismo cerebrale consiste in una intossicazione acutissima meningoencefalica in individui predisposti da intossicazioni precedenti, generalmente alcoolica.

MONTELEONE.

I "raffreddori di testa" ricorrenti.

F. Stoker (*Practitioner*, novembre 1921) fa rilevare che la causa efficiente dei così detti raffreddori di testa, che si ripetono ad intervalli, va ricercata in microorganismi, i quali possono agire quando è abbassata la resistenza, sia locale che generale.

Diverse possono essere le infezioni croniche locali, che forniscono i germi, i quali provocano poi la rinite acuta a ripetizione: fra di esse sono da annoverarsi: 1) le infezioni dei seni, specialmente dell'antro mascellare e cellule etmoidali, facili a diagnosticarsi quando si ha secrezione purulenta, cacosmia, contrasto alla transilluminazione e pus nei due terzi superiori del naso; talvolta però mancano affatto sintomi che mettono in luce tale affezione: la sinusite frontale dà una secrezione continua, non ricorrente; nelle sfenoiditi la secrezione si versa nel faringe, e si ha cefalea; 2) le vegetazioni adenoidi, specialmente nell'infanzia; 3) le infezioni delle tonsille, in cui il paziente nota che il raffreddore si inizia dalla gola: con la pressione dell'indice sul pilastro anteriore, si avverte una durezza abnorme e si fa uscire dalla cripte tonsillari del materiale puzzolente carico degli stessi germi che si trovano poi nella secrezione nasale; la tonsillectomia può dare la guarigione; 4) la piorrea alveolare, di cui l'importanza causale non può essere dimostrata.

Le ostruzioni nasali, non possono senz'altro venire addotte come causa, talvolta, come p. e. nella ipertrofia dei turbinati inferiori sono piuttosto l'effetto per cui si sviluppa in seguito un circolo vizioso.

Fra le cause generali, va menzionata una lieve tossiemia generale, in cui un lassativo può avere effetti benefici, oppure una minore resistenza di tutto l'organismo. Non bisogna però ammettere tale causa se non dopo avere eliminato quelle locali; in tal caso è indicata la vaccino-terapia combinata con quelle misure che possono elevare la resistenza come aria aperta, esercizi muscolari, bagni giornalieri, ingestione di alimenti in quantità sufficiente e ricchi di vitamine, medicamenti ferruginosi, particolare attenzione va rivolta alle funzioni escretorie, per cui l'A. consiglia di somministrare abbondanti bevande.

Oltre alle forme infettive, vi sono i raffreddori acuti, che vanno sotto il nome di rinorrea spasmodica, rinite spasmodica o vasomotoria. I sintomi sono noti: un individuo nel pieno benessere ad un tratto si mette a starnutire incessantemente, il suo naso cola di continuo, ha la sensazione che la testa gli scoppi; i disturbi durano acutissimi per un tempo variabile da pochi minuti a qualche ora e poi svaniscono subitaneamente.

L'affezione è analoga all'asma è come essa di guarigione difficile; l'A. consiglia, oltre alle misure generali (trattamento della tossiemia, cambiamento d'aria, di regime) il lattato di calcio, di fresca preparazione, in dosi da 1 a 2 g. al giorno e l'atropina (soluzione di solfato di atropina a 1 %; 3/10 di cmc. al giorno per 10 giorni consecutivi).

fil.

Complicazioni della blenorragia.

Miosite. — È piuttosto rara (17 casi nella letteratura), localizzata a muscoli diversi: bicipite, coraco-brachiale, sensore della fascia lata, quadricipite femorale, gran dorsale, pettorale, sternomastoideo. Si osserva tumefazione, edema, talvolta la miosite è secondaria ad una cellulite gonococcica con formazione di ascesso e pus con gonococchi. Dei 17 casi menzionati, 5 si sono risolti, 12 sono stati accompagnati da suppurazione.

Più frequenti sono le *complicazioni articolari*: Chauffard (*Journal d. praticiens*, 1921, numero 43) riporta un'osservazione di *talalgia gonococcica;* i punti dolorosi si trovavano all'inserzione calcaneare del tendine di Achille, e, sotto il calcagno, all'inserzione dell'aponeurosi plantare. La calcaneite è molto dolorosa; alla radiografia si possono notare esostosi, che si osservano talora anche in soggetti sani, muscolosi, è quindi necessario fare sempre il confronto col lato sano.

La terapia, particolarmente nelle affezioni articolari non consiste più come un tempo nella immobilizzazione che dava come risultato costante un'anchilosi. Si agisce anzitutto con la vaccino-terapia, che, invece nella uretrite è inefficace: la dose iniziale è di 500 milioni (1/2 cmc.), aumentando fino ad 1-2 miliardi (un'iniezione ogni 2-3 giorni); talvolta i miglioramenti sono sensibili, tal'altra l'effetto è nullo. Come metodi di cura locale si possono usare i seguenti: puntura dell'articolazione, aspirazione di 20 cmc. di liquido, che si inietta nella regione paraarticolare, oppure svuotamento dell'articolazione ed iniezione di aria sterilizzata.

Come medicazioni accessorie, da non tralasciare mai, si userà il riscaldamento elettrico, le unzioni con pomata al collargol od al gomenol a 1/3, gli impacchi con cotone. L'articolazione non va immobilizzata; non appena possibile la si rimobilizzerà e si procederà al massaggio ed all'elettroterapia.

fil.

TERAPIA.

La pituitrina nel terzo stadio del parto.

R. S. Heffernan (*Boston medical and surgical Journal*, 13 ott., 1921) ha usato la pituitrina in 100 parti (dei quali 8 con forcipe e 5 podalici) iniettandone 1 cmc. subito dopo l'espulsione del feto, e ciò allo scopo di facilitare l'espulsione della placenta. Due-sei minuti dopo, ha veduto iniziarsi le contrazioni uterine, ripetentisi ad intervalli regolari, senza disturbare la donna. In confronto con altri 100 casi senza pituitrina, ha ottenuto i seguenti risultati:

	Casi con pituitrina	Casi senza pituitrina
Espulsione della placenta:		
spontanea	25	0 (*sic!*)
con leggera espressione	75	93
con forte espressione	0	5
con svuotamento manuale	0	2
Durata media del 3° stadio	18'.2	17'.5
Sangue perd. nel 3° stadio	g. 165	g. 229
Ergotina necessaria in casi	20	45

L'A. conclude che la pituitrina, somministrata all'inizio del terzo stadio agevola il pronto e completo distacco e l'espulsione della placenta con il suo uso si evitano il tetano uterino e l'incarcerazione della placenta. La pituitrina tende a prevenire il rilasciamento dell'utero e le emorragie del *post partum;* il distacco manuale non deve farsi prima di aver rilevato l'inutilità della somministrazione di almeno tre dosi di pituitrina.

r. s.

Il tamponamento endouterino nelle emorragie da inserzione bassa della placenta.

Il tamponamento uterino ha le stesse indicazioni che il pallone di Champetier de Ribes ed ha, in confronto di questo, il vantaggio di usare del materiale (garza) che può sempre aversi a disposizione e di poter venire applicato anche senza rompere le membrane; lo si userà quando l'emorragia uterina non cessi con i mezzi comuni (riposo, irrigazioni calde).

Messa la paziente in posizione ostetrica, previa disinfezione accurata dei genitali, si introducono le valve e, afferrato il collo uterino con una pinza, lo si stira in basso. Dopo eventuale dilatazione con i dilatatori di Hegar, e dopo avere, mediante garza montata su di una pinza, spennellato con tintura di jodio il collo uterino e la mucosa vaginale prossima, si introduce una striscia di garza fin dentro l'utero, in direzione laterale; si continuano ad introdurre striscie, sino a fare come una corona tra la faccia interna dell'utero e quella esterna della placenta e membrane. Con tale tamponamento non solo si arresta l'emorragia, ma, il più delle volte, dopo poche ore si ha espulsione del tamponamento stesso e subito dopo il parto. Se invece, dopo 10-12 ore, non si è verificato alcun che, si estrae il tamponamento, che si rinnova, previa disinfezione dei genitali. È assai raro che si debba procedere ad un terzo tamponamento.

Il metodo ha dato a G. Ribas (*Rev. española de med. y. cirugia*, agosto 1921) sempre buoni risultati, purchè eseguito con buone regole di asepsi. *r. s.*

Risultati lontani dell' intervento chirurgico nel cancro della mammella.

E. Forgue (XXX Congr. francese di chirurgia, 1921) osserva che le recidive rapide locali sono andate diminuendo e che il numero delle donne operate vissute oltre i 3 anni è andato aumentando: tale progressione favorevole è arrivata ora ad un punto morto e da una quindicina d'anni le cifre oscillano sul 50 %. Si osserva invece un progressivo aumento delle metastasi interne (adenopatie sopraclavicolari, metastasi endotoraciche, epatiche, infiltrazione dello sterno), ciò che prova la vitalità dei nodi cancerosi che possono svilupparsi anche dopo diversi anni; la scadenza viene ora ricacciata fino a 4-5 anni dopo l'operazione.

Nei casi buoni si ha il 70 % di successi ed invece solo il 28 % in quelli cattivi. Sono fattori di aggravamento l'estensione delle lesioni, l'età molto giovanile, l'eredità, l'allattamento.

Un miglioramento dei risultati lontani non può ora ottenersi che con la precocità delle diagnosi e dell'intervento: l'azione del radio e dei raggi X, non può ancora essere pienamente giudicata. *fil.*

Formulario.

Soluzione antisettica Lumière.

Acido solubile	g. 35
Acqua bollente	» 1000
Soluzione jodo-jodurata a 1 %	cmc. 50

La preparazione contiene 6-5 ‰ di jodio, ed avrebbe un potere antisettico analogo a quello del liquido di Dakin: con l'uso di essa, la cicatrizzazione delle ferite sarebbe particolarmente rapida. (*Presse médicale*, n. 95, 1921). *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1163) *Sulla sieroterapia antidifterica.* — Quesiti:

1° Se la sieroprofilassi della difterite giovi a troncare o a delimitare la diffusione epidemica della malattia.

2° A quali condizioni, ed entro quali limiti, il siero antidifterico può essere considerato come sicuro rimedio curativo.

3° Se allo stato attuale della scienza deve essere ritenuta colposa o non, la trascuranza della sieroterapia antidifterica.

Pontedassio. Dott. AMBROGIO LAURERI.

Risposta:

1° A differenza della sieroterapia antidifterica, la sieroprofilassi della difterite fu accolta fin dal principio con diffidenza e finora ha avuto in pratica solo applicazioni limitate. Ciò è dovuto sia agli accidenti gravi verificatisi in parecchi casi dopo le iniezioni preventive, sia ai fenomeni di anafilassi che spesso si determinano negli infermi vaccinati quando in seguito occorra la sieroterapia pel manifestarsi della difterite, sia al fatto che l'immunità provocata dalle inoculazioni preventive di siero antidifterico è di breve durata, tanto da ritenersi necessaria una cura profilattica ripetuta ogni quattro settimane.

A conferma di tutto ciò, basta ricordare che Behring, nel comunicare nel 1913 il suo nuovo vaccino antidifterico (che poi neppure ha avuto grande diffusione nella pratica), dichiarò di essere stato spinto a studiare un nuovo mezzo d'immunizzazione attiva contro la difterite specialmente perchè l'uso delle iniezioni preventive di siero curativo, *per ragioni più o meno fondate*, non si era generalizzato.

2° Il siero antidifterico potrà essere considerato come sicuro rimedio curativo quando laboratorio e clinica avranno di accordo colmate tutte le lacune indicate dai critici della sieroterapia, lacune che rendono oggi il metodo per lo meno di dubbia efficacia.

3° Allo stato attuale della scienza non può esser ritenuta colposa la trascuranza della sieroterapia antidifterica, dal momento che esiste una larga letteratura *sierofoba*, secondo l'espressione di Méry; che in alcuni Stati di America la sieroterapia antidifterica fu perfino proibita pei fatti di anafilassi cui aveva dato luogo; che clinici come Roger, Bourget, Modigliani, ecc., hanno pubblicato importanti ed estese statistiche di casi di difterite guariti senza l'uso del siero antidifterico.

Tuttavia, tenuto conto che nella maggioranza dei medici e nel pubblico profano è ancora troppo radicata la fiducia nella sieroterapia antidifterica, che altri mezzi di cura sicuri non abbiamo contro la difterite e che il siero, adoperato con le dovute cautele, è assolutamente innocuo, è consigliabile al medico pratico di ricorrere *sempre* alla sieroterapia antidifterica.

A. MONTEFUSCO.

(1164) *La crisi emoclasica.* — Al dott. D. Cirelli da Roma:

Si dà il nome di crisi emoclasica ad un complesso di modificazioni, che il sangue subisce in certe circostanze e che consistono in: leucopenia, cambiamenti nella formola leucocitaria, diminuzione delle piastrine, anomalie della coagulazione, brusche variazioni dell'indice refrattometrico del siero, sangue venoso rutilante.

La C. E. si produce:

a) *Quando esista una sensibilizzazione anteriore dell'organismo* (anafilassi): nell'animale in preda a *shock* anafilattico, i noti fenomeni apparenti si producono contemporaneamente alla crisi emoclasica; nell'uomo, invece, per la lentezza dei fenomeni di *shock*, la crisi emoclasica può precedere la comparsa dei primi fenomeni clinici, i quali talora si verificano quando il sangue ha già ripreso i caratteri normali. Così, nell'asma, quando compare la dispnea, il sangue ha già preso il suo equilibrio normale; nell'orticaria, la C. E. si sviluppa un'ora dopo il pasto orticanogeno e l'orticaria anche dopo 8 ore;

b) *Nell'introduzione parenterale di sostanze estranee all'organismo*, sia colloidi (proteine diverse, sieri, metalli colloidali), sia cristalloidi (anche soluzioni isotoniche, cloruro di sodio o bicarbonato di sodio iniettate bruscamente in grande quantità). Di solito i fenomeni si verificano dopo iniezioni endovenose, ma talora anche in seguito ad iniezioni sottocutanee, p. e. di latte; ne sono un altro esempio gli *shocks* vaccinali, osservati spesso in occasione di vaccinazioni antitifiche. Alla crisi emoclasica da iniezioni endovenose, può ascriversi la così detta *crisi nitritoide*, consecutiva ad iniezioni di arsenobenzoli, in cui si hanno le stesse modificazioni del sangue ed analoghi fenomeni clinici;

c) *Per sostanze prodotte nell'organismo stesso*: ne è un esempio la C. E. digestiva, che è un segno di insufficienza epatica. Alla C. E., Abrami attribuisce l'accesso febbrile della malaria e quello a tipo intermittente in certe infezioni, nonchè lo *shock* traumatico (tossiemia traumatica) attribuito al riassorbimento di sostanze proteiche;

d) *Da cause fisiche*. Unico esempio l'emoglobinuria parossistica *a frigore*. Il freddo determina sintomi clinici e modificazioni umorali dello stesso ordine di quelli dello *shock* anafilattico e può dare anch'esso eritemi, orticaria, edemi. È appunto in un malato affetto da tale forma morbosa e trattato con l'autosieroterapia, che F. Widal ha osservato il complesso (1913) dei fenomeni in questione a cui diede il nome di crisi emoclasica.

Clinicamente si osserva che l'ammalato presenta ad un tratto il viso arrossato, congesto, ha sensazione di malessere, di angoscia; si hanno spesso: orticaria, disturbi gastro-intestinali (vomiti, diarree, incontinenza fecale, dolori addominali), elevazione termica qualche ora dopo l'iniezione. Il polso aumenta di frequenza, la pressione arteriosa si abbassa.

Il più spesso, la crisi emoclasica si dilegua in un paio d'ore: qualche volta però, per iniezioni sia di siero, sia di metalli colloidali, sia più frequentemente per quelle di arsenobenzoli, si è osservata la morte.

L'intima essenza del fenomeno consiste probabilmente in una perturbazione subitanea nello stato di equilibrio dei colloidi, che probabilmente non è limitata al solo sangue, ma diffusa a tutto l'organismo (colloidoclasia): salvo che i segni della emoclasia sarebbero i più evidenti. Nel caso della C. E. senza introduzione di sostanze dall'esterno, può ammettersi che sotto determinate influenze (p. e., freddo) certi colloidi subiscano una brusca dissociazione nell'organismo ed agiscano come proteine eterogenee.

Si ritiene poi che altri fattori possano essere in causa, come insufficienza surrenale od epatica, una particolare sensibilità di territorii vascolarii innervati dal simpatico o dal sistema autonomo; nel caso degli arsenobenzoli, si è anche invocata l'acidità o l'ipoalcalinità della soluzione.

A. FILIPPINI.

(1165) *Nella trombosi cerebrale*. — Al dottor G. C., abb. n. 7947:

Stabilita la diagnosi di trombosi cerebrale, sono naturalmente *da proscrivere* e il salasso e il sanguisugio e la vescica di ghiaccio. Nel periodo di coma, *l'attesa* è l'unica via da seguire: ogni terapia attiva potrebbe essere dannosa!

Si può solo cercare, con posizione conveniente, di impedire la stasi cerebrale; ma il medico deve sopratutto dettare ai parenti quelle norme igieniche, necessarie per ovviare alle possibili e frequenti complicazioni, specialmente a quelle d'ordine infettivo: pulizia nella bocca, posizione conveniente, che eviti broncopolmoniti e decubiti, norme di scrupolosa antisepsi ed asepsi in eventuali cateterismi, ecc. Per i postumi delle trombosi, devono seguirsi le indicazioni generali di terapia fisica, comuni alle paralisi d'origine cerebrale; esse vanno iniziate non prima della seconda o terza settimana dall'*ictus*.

t. p.

(1166) Al dott. F. M., abb. 3754:

Nel trattato *Le malattie del ricambio* dell'UMBER (edito dalla Libraria Torinese) e nel trattato *Maladies de la Nutrition* (della collezione di DEBOVE ACHARD e CASTAIGNE, edito da Masson Paris) ella potrà trovare quanto richiede.

t. p.

VARIA

La sordità di Beethoven.

Sotto il titolo «*La Sordità di Beethoven* - Considerazioni di un otologo», il prof. Guglielmo Bilancioni pubblica, coi tipi di A. F. Formigini, Roma. È un'opera poderosa di eletto ingegno, materiata di cultura vasta e geniale.

Il Bilancioni, figlio di eminente pittore, ha nelle vene un senso squisito di arte e appartiene a quella schiera una volta numerosa, molto ridotta, di medici italiani che alle scienze galeniche e ippocratiche sapevano unire un'elevata cultura umanistica.

La *Sordità di Beethoven* è un libro difficile a riassumersi. Bisogna leggerlo e meditarlo.

L'autore con senso psicologico profondo ha studiato tutte le fasi della vita del grande genio tedesco, ne ha rivelato tutti i particolari e dall'analisi squisitamente artistica e filosofica dell'opera musicale ha dedotti i suoi giudizi.

La divina musica descrive passo passo le passioni, i dolori, le gioie, le speranze del grande infelice che a 30 anni cominciò a perdere l'udito.

Da quell'età fino a 56 anni fu un succedersi di lotte, di disperazioni, di amore, di odio, di pianti, di manie persecutorie, di deliri, di passioni politiche mutevoli, alternanti fra l'amore per Napoleone e l'odio feroce dopo il tramonto di esso.

L'A. con indagine sottilissima studia tutti i tempi, penetra nella psiche del grande genio e da ogni minimo sintoma trae giudizi scientifici, filosofici, artistici sempre conseguenti e dipendenti dallo studio dell'organo uditivo e dalla sordità del maestro.

L'otologo si asside arbitro in mezzo ai misteri che fanno di un sordo un genio musicale, apparenza paradossale per il volgo, non per lo scienziato che con l'analisi anatomica, fisiologica e psicologica estrae la ragione del fenomeno.

La porta scientifica dell'opera è fatta in specie per medici e sebbene l'A. cerchi con la sua abile penna di volgarizzarla pur resta sempre di difficile comprensione a chi, digiuno di studi biologici, si accinga alla lettura del libro.

È perciò l'opera più raccomandabile a quei medici che muniti di cultura scientifica mista a cultura umanistica potranno godere intieramente le virtù dell'A. e potranno arricchire la loro mente di speciali cognizioni difficili a trovarsi in tanti libri comuni.

Nè si pensi che fisiologi, antropologi e medici debbano, come alcuni pensano, venir esclusi, *unguibus et rostris*, dall'ambito dell'analisi artistica.

Anzi io penso che chi è disciplinato da studi biologici e possegga criterio psicologico possa meglio di altri addentrarsi nello studio e nella comprensione delle manifestazioni dell'arte.

La sordità di Beethoven fu graduale, la malattia non lo colse all'improvviso ma lentamente lo avvolse in un mistero di tomba.

Man mano che egli peggiorava il pensiero più volte lo avvolgeva così che quando fu sordo del tutto avea acquistato una facoltà di analisi straordinaria.

Chiuso nel suo intimo, circondato da un profondo silenzio egli si rivaleva del tempo perduto con l'audizione mentale dei suoni.

E qui bisognerebbe studiare come avvengono nell'umano cervello coteste elaborazioni associative che penetrate sotto forma di sensazioni acustiche e visive attraverso i nostri organi di senso si proiettano e si elaborano poi nei grandi centri di associazione superiori corticali.

L'Autore ci schematizza tali funzioni con adatte figure, ci presenta tutti i misteri che avvolge la nostra psiche concentrata in quella corteccia cerebrale che costituisce il centro unificatore ove tutte le impressioni si accumulano, si percepiscono, si elaborano, si differenziano sviluppando le idee.

Beethoven sordo che medita la sua musica è simile a Newton che medita i suoi calcoli.

Senso, sentimento, pensiero. La musica è però forse più atta ad esprimere qualcosa di più alto e di più immateriale che non il pensiero.

Essa ci trasporta nei campi più puri dell'ideale, ci rivela visioni e «l'alto mistero d'ignorati Elisi» come cantava Leopardi in Aspasia.

«Perchè scrivo? disse Beethoven: perchè ciò che ho nel cuore non può rimanere non espresso».

Grande infelice che l'A. avvicina e compara al nostro Recanatese. Il gobbo.... il sordo!!...

La loro vita fu una catena di dolori.

Come avrebbero essi desiderato un sorriso di sole e d'amore e di gioire quel poco che basta per non ignorare la gioia!

Vola così l'A. con la sua lira sulle corde dell'anima di Leopardi, di Dante e di Omero e chiude l'opera con un vero canto di gloria agli ingegni divini.

Dott. CECCHETELLI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Tariffe giudiziarie.

È stato presentato alla Camera il progetto di legge per la tariffa penale e civile relativa ai periti, con relazione dell'on. Camerini. Riproduce il progetto Fera, salvo poche varianti (per es., porta da 60 a 100 lire la retribuzione per le autopsie dei cadaveri esumati). Ne riproduciamo alcuni articoli:

Art. 20. — Ciascun medico e chirurgo riceverà:

1) per ogni visita e relazione, compresa la prima medicazione ove occorra, l'onorario di L. 10;

2) per le sezioni di cadaveri non inumati l'onorario di L. 50 e per le sezioni di cadaveri esumati l'onorario di L. 100, compreso il relativo verbale ed escluse in ambi i casi, le eventuali ricerche di laboratorio.

Per qualsiasi altra operazione peritale diversa da una semplice visita o dalla sezione di cadaveri, l'onorario del perito sarà stabilito dall'autorità giudiziaria, la quale potrà richiedere il parere del Consiglio dell'Ordine dei medici.

Tale parere è sempre necessario:

a) quando il perito abbia richiesto somma superiore a lire 300;

b) quando il perito abbia richiesto somma inferiore a lire 300, e l'autorità medesima non abbia creduto di accogliere integralmente, o quasi, la richiesta.

Uguale diritto sarà pure dovuto ai medici e chirurghi i quali verranno chiamati per assistere ai dibattimenti al fine di dare il loro giudizio su lo stato di mente degli imputati, o su qualsiasi altra circostanza necessaria alla discussione della causa, comprese in tale diritto le relazioni che dovessero fare sia verbalmente che per iscritto.

Art. 20-*ter*. — L'autorità giudiziaria, nelle città nelle quali hanno sede istituti di anatomia patologica e di medicina legale, potranno, qualora particolari esigenze lo consiglino, incaricare delle sezioni di cadavere gli istituti medesimi.

In tal caso sarà liquidato, a favore di questi, un compenso non superiore alla metà di quello che dovrebbe essere corrisposto ad un perito libero professionista.

Art. 21. — Le vacazioni di cui è cenno negli articoli precedenti e nei successivi è di ore due, e nel calcolo delle medesime non sarà mai computato il tempo impiegato nell'andata e nel ritorno.

Il diritto di vacazione non si divide che per metà; trascorsa un'ora e un quarto sarà dovuto il diritto intero.

Per ogni giornata non potranno essere assegnate più di quattro vacazioni.

ATTI PARLAMENTARI.

Inasprimento delle tariffe postali per i periodici spediti all'estero.

Il sen. Sanarelli, presidente dell'Associazione della Stampa Scientifica Italiana, ha presentato la seguente interrogazione:

«Il sottoscritto chiede d'interrogare il Ministro delle Poste e dei Telegrafi, per conoscere i criteri che lo hanno indotto ad aumentare le tariffe postali per le stampe periodiche dirette all'Estero, abolendo le condizioni di favore già fatte agli editori nel 1921; annunziando, per di più, questo provvedimento in fine d'anno, allorchè i prezzi d'abbonamento per l'Estero sono già fissati e resi noti; senza tener conto che siffatto inasprimento, il quale perturba e sconvolge i piani economico-finanziari delle amministrazioni dei periodici scientifici e tecnici italiani, che hanno più larga diffusione all'Estero, mentre danneggerà inevitabilmente i rapporti intellettuali con l'Estero, con grande nocumento per la diffusione della cultura italiana, costituirà per l'erario un vantaggio fittizio e illusorio, in quanto è prevedibile che all'inasprimento delle tariffe seguirà una notevole contrazione negli abbonamenti per l'Estero.

SANARELLI».

Dall'inasprimento deplorato dal sen. Sanarelli, risentono un danno tutti i periodici che hanno diffusione all'Estero, come il «Policlinico». Noi confidiamo che il ministro vorrà porvi riparo, evitando i danni che ne deriverebbero non solo alle amministrazioni, ma anche alla diffusione del pensiero e della coltura italiana all'Estero.

***

Anche le tariffe per le spedizioni in conto corrente sono state inasprite, cagionando un aggravio sensibile alle Amministrazioni dei periodici a grande diffusione, come il «Policlinico».

Anche questo nuovo provvedimento fiscale è stato annunziato tardivamente, negli ultimissimi giorni del 1921, quando le Amministrazioni avevano già fissato i loro impegni, in base alle tariffe precedenti.

La crisi ospedaliera.

All'on. Bussi, che aveva presentato un'interrogazione al riguardo, il sottosegretario per l'interno on. Teso ha risposto, per iscritto, ricordando che si sono impartite norme per facilitare ed affrettare la liquidazione degli indennizzi dovuti, a pareggio del bilancio, dal 1916 a tutto il 1920, alle Opere pie di ricovero o di cura; vennero inoltre impartite istruzioni per affrettare la compilazione, il visto e la riscossione degli elenchi di spedalità non contestate.

Per accrescere poi i redditi e diminuire le spese di gestione delle opere pie furono date norme per la sistemazione e la smobilitazione del patrimonio immobiliare e particolarmente di quello urbano, per la riduzione e la migliore sistemazione del personale, il cui eccessivo numero è causa importante del disagio finanziario degli istituti. Un'opera più diretta e concreta si è spiegata a vantaggio particolare degli ospedali e degli istituti di ricovero, limitando esclusivamente ad essi la concessione dei sussidi sul fondo della tassa sui pubblici spettacoli.

Questo tributo ha dato un provento di circa 20 milioni nell'esercizio 1919-1920 e di oltre 30 milio-

ni in quello 1920-1921, permettendo di portare aiuti larghi e solleciti anche per la semplicità della procedura di concessione. Alcuni ritocchi alle percentuali di questa tassa e l'applicazione dell'articolo 12 della legge 17 febbraio 1921, che devolve al fondo di beneficenza la tassa sui consumi dei forestieri e della quale saranno presto emanate le norme di riscossione, daranno modo di corrispondere più largamente ai bisogni dell'assistenza ospedaliera e di ricovero.

Il Governo non mancherà di studiare con la maggior cura le proposte dell'onorevole interrogante e tutti gli altri mezzi che possano alleviare più che sia possibile le difficoltà in cui si dibattono i nosocomi e che sono, del resto, comuni a tutti gli enti locali. Non sembra però possibile recare ulteriori semplificazioni al sistema di riscossione dei crediti di spedalità, ridotto ormai alla maggiore rapidità compatibile con le necessarie garanzie di contradittorio da parte dei comuni debitori.

L'on. Bussi ha replicato rilevando ancora le disastrose condizioni amministrative di molti ospedali e concluse rivolgendo viva preghiera al Governo di voler affrettare la presentazione del progetto di legge sull'assicurazione malattie, che è non solo richiesta dai tempi moderni, ma sopratutto dai comuni, dalle amministrazioni e dalla classe operaia, a mezzo delle loro organizzazioni, e che trasporta l'assistenza sanitaria dal campo della beneficenza e della carità, nel più solido terreno della previdenza sociale.

Identica risposta a quella surriferita l'on. Teso ha dato all'on. Casalini, che aveva presentato analoga interrogazione.

Sulla Cassa di previdenza dei sanitari.

All'on. Casalini il sottosegretario per il Tesoro on. Tangorra, anche in nome del ministro dell'Interno, ha così risposto:

«La riforma della Cassa di previdenza per i sanitari è stata sottoposta allo studio della Commissione tecnica degli Istituti di previdenza, cui compete per legge l'esame della riforma delle diverse Casse pensioni, alla metà del mese di marzo 1921.

«La Commissione stessa ha compiuto alacramente i suoi studi ed ha presentato in questi giorni, per mezzo del presidente, onorevole senatore prof. Vito Volterra, le conclusioni dei suoi lavori.

«Sulla base delle proposte della Commissione sarà prontamente redatto il progetto di legge, che, dopo i necessari accordi fra il tesoro e il Ministero dell'interno, potrà essere presentato al Parlamento».

Premio di smobilitazione agli ufficiali medici della Croce Rossa.

All'on. Bisogni, che aveva interrogato il ministro della guerra, per conoscere i motivi di esclusione dal premio di smobilitazione degli ufficiali medici della Croce Rossa che hanno partecipato alla guerra o comunque servito la Patria durante la guerra, il sottosegretario on. Macchi ha così risposto:

«Gli ufficiali medici della Croce Rossa aventi obblighi di servizio militare ebbero tutti l'indennità di congedamento al pari degli ufficiali del regio esercito, essendo stati ad essi equiparati pel trattamento economico con decreto luogotenenziale 25 febbraio 1917, n. 304.

«Gli altri, non aventi obblighi militari (volontari), ebbero l'indennità di smobilitazione pari ad un mese di stipendio, trattamento stabilito dalla convenzione interceduta con le Associazioni sanitarie di soccorso in base alla quale essi furono assunti in servizio.

«Questi ultimi ufficiali chiesero che fosse loro fatto, per il premio di congedamento, lo stesso trattamento degli ufficiali obbligati al servizio militare, ma tale richiesta fu dichiarata infondata in linea di diritto anche da due Commissioni apposite nominate per l'esame della questione, eppertanto non potè essere accolta.

«La presidenza della Croce Rossa ha fatto però presente che è suo intendimento di provvedere coi propri fondi al pagamento delle differenze del premio di congedamento. Gli interessati quindi potranno rivolgere la loro richiesta a quella Associazione».

Provvedimenti contro la malaria.

All'on. Conti, che aveva interrogato i minitri dell'interno e dell'agricoltura sui provvedimenti che il Governo ha adottato o intende adottare per intensificare la lotta contro la malaria, specialmente nelle zone più colpite delle provincie di Roma e di Grosseto, il sottosegretario per l'interno, on. Teso, ha dato una risposta scritta in cui espone tutta una serie di provvedimenti efficaci, adottati in coordinazione coi ministeri di Agricoltura e dei Lavori pubblici e con la Croce Rossa Italiana, per imprimere incremento alla lotta contro la malaria in tutta Italia: sussidi a Comuni, a sanitari, a Comitati, a Sanatori, ad Ambulatori, somministrazioni di chinino, impianti di Stazioni sanitarie e di un campo dimostrativo, ecc. Presso il Ministero di agricoltura funziona alacremente una Commissione di competenti. La risposta si ferma poi in particolare alle misure adottate nelle due provincie sopra indicate.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9199) *Esercizio professionale all'estero.* — Dottor G. S. da C. — I regolamenti interni degli Istituti superiori di cultura del Brasile, debbono essere chiesti a mezzo del Console di quella Regione. Così potrà sapere se ed in quali epoche dell'anno si possono dare esami integrativi. Non si dà, però, alcuna dilazione per l'esercizio professionale anteriore alla laurea.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — Al dott. G. N. da V.: Per il passaggio nella Riserva basta ne faccia domanda al Distretto militare: sarà promosso di grado, quando sarà arrivato il suo turno di anzianità, senza alcuna domanda o richiamo.

All'abb. n. 11180:

Sì — purchè si trovi nelle condizioni volute dalla Circ. 114, G. M., 1919. M. G.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Atina (*Caserta*). — A 30 giorni dal 1° gennaio, poveri; età limite 40; L. 6000, c.-v., L. 2000 per cav. Servizio entro 15 g. Chiedere annunzio.

Casaprota (*Perugia*). — Ab. 1400; L. 6000 e 3 quinq. decimo p. pov.; c.-v.; L. 1000 disag. resid.; L. 500 se uff. san. Non obbl. cav. Scad. 40 giorni dal 25 dic.

Castel S. Pietro dell'Emilia (*Bologna*). — Reparto D; circa 900 pov. Entro le ore 17 del 19 gennaio, L. 8000, c.-v., oltre L. 3000 cavallo, L. 3 ogni povero sopra 1000.

Castel San Pietro dell'Emilia (*Bologna*). — Concorso al posto di medico-chirurgo per la condotta di Varignana, che è residenziale. Documenti di rito. Scadenza 19 gennaio.

Castel San Pietro Monferrato (*Alessandria*). — L. 7000 per residenza e cura poveri (3% della popolazione); L. 3 a 5 per ogni pov. in più; c.-v.; per uff. san. L. 500. Ab. 1300. Scad. 18 genn.

Cerchio (*Aquila*). — Scad. 20 genn. L. 6000, c.-v., L. 500 se uff. san.; tariffa dell'Ordine per gli abb. Ab. 2578 su 2000 ett. Scalo ferroviario.

Concordia Sagittaria (*Venezia*). — Scad. 20 genn.; due posti; L. 8750, doppio c.-v., L. 1500 bicicl., L. 1000 zona malarica, L. 600 all'uff. san.; L. 2 ogni povero sopra 1000. Ab. 2500 circa per ogni condotta.

Ghedi (*Brescia*). — Scad. 15 genn., L. 5000 aumentabili di L. 500 dopo un biennio e di L. 550 ogni quinquennio per 5 quinq.; L. 2000 trasp.; lire 800 disag. resid.; doppio c.-v.

Iglesias (*Cagliari*) — *Civico Ospedale*. — Chirurgo, con le funzioni di direttore, e medico aiuto; L. 10,000 e L. 7,500, senza altre indennità ad eccezione degli onorari speciali previsti dal capitolato d'oneri. Titoli. Età-limite 45. Prova al 31 dic. 1923. Scad. 16 genn.

Milano. *Consiglio degli Istituti Ospedalieri*. — Primario oculista; L. 7000 e condizioni tutte del vigente organico e regolamento. Età-limite 44. Titoli ed esami. Pubblicazioni a stampa e una memoria inedita in 5 esemplari. Docum. al Protocollo del Consiglio Ospitaliero (via Ospedale, 5) non più tardi delle ore 16 del 28 febbr. Per ulter. informazioni rivolgersi alla Direzione.

Montalcino (*Siena*). — Scad. 15 genn., quattro condotte; L. 6500, c.-v., 6 quadrienni decimo. Per tre condotte rurali L. 4000 cav.; pel capoluogo L. 1000 se uff. san.

Montalto Pavese (*Pavia*). — Scad. 25 genn.; lire 6500 resid., L. 1000 per i primi 1000 poveri o frazione di 1000, L. 1800 trasp., L. 200 (*sic*) uff. san., 2 c.-v., 5 bienni ventesimo.

Onago (*Milano*). — Scad. 15 genn., L. 6000 oltre L. 3000 trasp., L. 500 uff. san., L. 500 dopo la stabilità, L. 650 ogni quinq. per 5 quinq.

Passignano sul Trasimeno (*Perugia*). — A tutto 25 genn. Cura residenz.: L. 6000 oltre L. 700 direz. ospedaletto, L. 500 quale uff. san., due caro-viv., L. 2000 mezzi trasporto.

Petralla Sottana (*Palermo*). — Seconda cond.: L. 5000 per 500 poveri; cinque quinquenni decimo. Scad. 31 genn.

Piperno (*Roma*). — Scad. 15 genn., L. 8000 per 2000 pov.; addizion. L. 1.50; 5 quadrienni decimo.

Preci (*Perugia*). — Scad. 15 genn. 2ª cond.; lire 6000 e 3 quinquenni dec.; indenn. disag. resid. non super. L. 2000; indenn. cav.

Udine. — Medico-capo ed ufficiale sanitario. Titoli ed esami. Scad. 25 genn. L. 12,000; due quad. del 17% e del 16% e tre quadrienni del 14%. Doppio c.-v.; eventuali indennità missione.

Medico riprenderebbe buona clientela in Stazione climatica o di cura estivale. Per eventuali proposte scrivere: Drugman, via Principe Umberto, n. 77 - Roma.

Medico-chirurgo, lunga pratica condotta, accetterebbe interinato, supplenza, preferendo vicinanze Roma. Scrivere dottore D'Angelo, presso ragioniere Faiola, via Giusti, n. 9, Roma (23).

Dalla Federazione Laziale-Umbra dei Medici condotti è istituito un Ufficio di collocamento per le condotte della provincia di Roma. Dirigere la corrispondenza al segretario dott. B. Alberti, presso il nostro giornale (via Sistina, 14 - Roma-VI).

Diffide.

È diffidata la condotta consorziale di Bannio-Ausino-Calasca (Novara) per insufficienza dello stipendio residenziale.

L'Ordine dei Medici della Provincia di Padova all'unanimità ha deliberato nelle sue sedute del giorno 3 e 10 dicembre u. s. di diffidare, come diffida, tutti i medici a non accettare il posto di medico chirurgo degli stabilimenti industriali di Piazzola sul Brenta di proprietà del conte Paolo Camerini di Padova, o in ogni modo di non prestarvi servizio.

Concorsi a premio.

Associazione italiana per l'igiene.

L'Associazione bandisce un concorso a premi: *A*) per un opuscolo di propaganda sulla educazione e profilassi sessuale, di non più di 50 pagine a stampa, formato sedicesimo, con un 1° premio di L. 1000 ed un 2° premio di L. 500; *B*) per una conferenza sulla pulizia personale da tenersi in ambiente operaio con un 1° premio di L. 600 ed un 2° premio di L. 300. Scadenza 10 marzo (data del timbro di partenza). Per le norme e per informazioni rivolgersi al segretario dott. Giovanni Palomba, via Vittorio Veneto, 96 - Roma (25).

Parma. *Fondazione «Francesco Bottini»*. — È aperto il concorso per l'anno scolastico 1921-22 ad una borsa di studio allo scopo di mantenere un laureando nativo di Parma in qualche centro di istruzione e di perfezionamento. La borsa, dell'importo di L. 2951, sarà versata in tre rate uguali (1° novembre, 1° febbraio, 1° maggio) a cura della Commissione esaminatrice. La domanda di concorso, su carta bollata, dev'essere indirizzata al Rettore della R. Università. È indispensabile essere nati a Parma. Per maggiori schiarimenti rivolgersi al Direttore di Segreteria.

IGIENE SOCIALE.

Itstituto italiano di igiene, previdenza ed assistenza sociale.

Riceviamo dal prof. E. Levi, presidente dell'Istituto Italiano di igiene, previdenza ed assistenza sociale:

Chiarissimo Signor Direttore,

La guerra devastatrice, moltiplicando i danni delle malattie sociali, ha fatto realizzare all'opinione pubblica ed ai Governi di ogni parte del mondo che la *triade avvelenatrice delle razze*: *tubercolosi, alcoolismo, malattie veneree* (insieme ai minori alleati) è per ogni singola nazione, occulto nemico interno, più temibile e pericoloso di qualunque nemico esteriore.

La coscienza del pericolo ha risvegliato ovunque una naturale reazione di difesa: in tutti i paesi più civili sono sorte e vanno sorgendo Associazioni o Istituti destinati a funzionare come organi di documentazione, di consultazione, di propaganda e di coordinamento.

Con tale programma è nato e cresce vigoroso l'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, delle cui finalità ed attività Ella ha cortesemente più volte fatto parola nel Suo autorevole Giornale.

È intuitivo che organismi di tal genere non possono nè debbono avere finalità rigidamente nazionali, chè la campagna per la redenzione delle masse sofferenti dalle malattie evitabili e dalla morte procrastinabile non deve conoscere barriere geografiche, nè politiche.

Si è perciò che volentieri il nostro Istituto corrisponde alle numerose richieste di informazioni che gli pervengono da Istituzioni analoghe di ogni parte del mondo, e si presta oggi a farsi tramite tra una di queste e la Stampa Medica Italiana affinchè il pubblico conosca tempestivamente ogni utile iniziativa e contribuisca al suo sviluppo.

Sin dalla fine del 1920 è sorto in Francia a Parigi il «*Comité de Propagande d'Hygiène Sociale et d'Education Prophylactique*», che ha, come l'Istituto Italiano, tra i suoi fini essenziali quello di funzionare come Ufficio di documentazione e di propaganda, e che perciò al nostro Istituto si rivolge per sollecitare dagli Igienisti Italiani l'invio di documenti informativi, che potranno per ora esser diretti al Direttore Generale del suddetto Comité de Propagande, ecc.: Dr. Sicard de Plauzoles, 6, Rue de Logelbach, Paris (17°).

Tale Istituto, che riunisce i più bei nomi di Francia nel campo della Scienza e della Politica, bandisce fin d'ora un «Congresso Internazionale di Propaganda d'Igiene Sociale e di Educazione Profilattica, Sanitaria e Morale», che sarà presieduto da Roux, Calmette e Breton, Primo Ministro dell'Igiene in Francia.

Unisco alla presente gli Statuti del Comitato ed il programma del Congresso, cui spero tutti i cultori Italiani di Medicina Sociale vorranno contribuire.

Le adesioni pel Congresso (18-23 dicembre 1922) debbono essere inviate al Segretario Generale del Congresso Internazionale di Propaganda d'Igiene Sociale e di Educazione Profilattica, Sanitaria e Morale, 64, Rue Desnouettes, Paris (XV).

Il nostro Istituto, su richiesta del Comitato Francese, ha già segnalato i nomi dei più eminenti ed attivi Scienziati Italiani che potrebbero sia partecipare al Congresso, sia mantenersi continuativamente in contatto col Comitato permanente Francese.

L'Istituto Italiano si impegna di far pervenire al Confratello Francese le pubblicazioni dei Colleghi che invieranno alla Direzione dell'Istituto (Roma (34), Corso d'Italia 32-A) *in duplice copia*, i loro contributi scientifici, favorendo così insieme l'Istituto Nazionale e facendo opportunamente conoscere all'Estero l'attività nostra nel campo della Medicina Sociale.

La ringrazio, Illustre Direttore, della cortese ospitalità.

Prof. ETTORE LEVI
Membro del Consiglio Superiore di Sanità del Regno.

(Per avere gli Statuti del Comitato di propaganda e il programma del Congresso di cui sopra rivolgersi alla Direzione dell'Istituto Italiano).

NOTIZIE DIVERSE.

Consiglio Superiore di Sanità.

Si è adunato il Consiglio Superiore di Sanità sotto la presidenza del senatore Golgi. Daremo prossimamente un resoconto dei lavori.

Corso teorico-pratico di perfezionamento in Igiene.

Dal 6 febbraio al 6 aprile 1922, nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Napoli sarà svolto un corso teorico-pratico di Igiene con particolare riguardo alla preparazione ai posti di Ufficiale Sanitario in conformità dei programmi esposti nel Testo unico delle leggi sanitarie.

Saranno ammessi al Corso i laureati in Medicina e Chirurgia, ed eventualmente i laureati in veterinaria ed in Chimica e Farmacia.

Per essere ammessi si dovrà farne domanda al Rettore, in carta bollata da una lira, corredandola con il diploma o certificato di laurea e con la ricevuta di lire 300, rilasciata dall'Economo della Università, giusta il R. D. 19 settembre 1921, n. 1620.

Le iscrizioni si ricevono sino al 31 gennaio 1922, ed essendo limitato il numero dei posti disponibili, le ammissioni avranno luogo secondo l'ordine di prenotazione delle domande.

La societá italiana di Dermatologia e l'Istituto d'igiene sociale.

Nella sua XVIII riunione annuale tenuta il 15 dicembre 1921, la Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia votava il seguente ordine del giorno all'unanimità:

« L'Assemblea delibera di aderire alla nobile « iniziativa del prof. Ettore Levi e di darle tutto « il suo appoggio morale per il raggiungimento dei « nobili fini che l'Istituto d'Igiene, Previdenza ed « Assistenza Sociale si propone ».

Nella stampa medica.

Nel prossimo gennaio vedrà la luce in Napoli un nuovo periodico di Nevrologia, che s'intitolerà «*Il Cervello*».

Sarà un giornale aperto alla collaborazione di tutti gli studiosi seri del sistema nervoso, normale e patologico. Oltre a pubblicare *Lavori originali*, e *Osservazioni cliniche*, svolgerà ampiamente questioni di interesse scientifico, sotto forma di *Studi sintetici*, di *Note d'attualità*, di *Critiche bibliografiche*, di *Riviste e Riassunti*, d'*Appunti di Letteratura*, ecc., mirando a contribuire allo sviluppo della Nevrologia nei suoi diversi rami e a diffonderne la conoscenza fra i medici desiderosi di coltivarsi.

«*Il Cervello*» si pubblicherà, per ora, ogni due mesi. L'importo dell'abbonamento per il 1922 è di L. 30 per l'Italia, di L. 40 per l'Estero.

Auguri.

Il Comitato di direzione e di redazione è così composto: prof. C. Colucci, prof. M. Sciutti, professore G. D'Arrigo, prof. G. B. Cacciapuoti, prof. R. Lombardo, prof. G. Milone, prof. T. Senise (segretario).

Direzione, Redazione e Amministrazione hanno sede presso il Manicomio Provinciale di Napoli (Calata di Capodichino).

Per gli urologi italiani.

I medici e chirurgi italiani che si occupano di Urologia e che desiderassero far conoscere i loro lavori in Germania possono inviare due copie di estratti, possibilmente con un sunto in italiano o tedesco, al dr. Augusto Cassuto, che essendo stato assistente del prof. Casper, direttore del «Leitschrift für Urologie», ha preso accordi per la rassegna dei lavori italiani. Indirizzo: 16, via Boncompagni - Roma (25).

La lotta contro il cancro in America.

Si è chiuso a Denver un ciclo di conferenze contro il cancro, con ottimi risultati, stando a quel che afferma il dott. Frank W. Kenney, presidente della Sezione dello Stato del Colorado dell'«American Society for the Control of Cancer».

Sono state date 64 conferenze, cui hanno assistito circa 15,000 persone, e più di 3000 hanno veduto proiettata la pellicola dal titolo: «La ricompensa del coraggio».

Si può calcolare inoltre che 200,000 persone hanno letto nei teatri e nei cinematografi le piccole proiezioni di propaganda contro il cancro.

All'ospedale della Contea furono visitati gratuitamente 300 persone, tra uomini e donne, sospetti o ammalati veramente di cancro.

A North Denver, il dott. G. Perilli ha tenuto sette conferenze a Società italiane, e altre due nei due teatri del quartiere italiano.

Per l'assistenza infermiera nel Belgio.

Un decreto reale del 3 settembre fissa, nel Belgio, le norme per la riorganizzazione degli esami per infermieri ed infermiere degli ospedali, per infermiere visitatrici e per infermieri manicomiali.

Per ciascuna di queste tre categorie è istituito uno speciale diploma. La durata degli studi è di tre anni; viene stabilita la durata minima della frequenza di cliniche generali e speciali, di servizi ospedalieri, di servizi d'ambulatorio, di servizi medico-scolastici; sono anche fissati i programmi dei corsi e delle materie insegnate.

L'Istituto Cajal e il Governo spagnolo.

La Presse Médicale reca che la Camera dei Deputati spagnola ha respinto a grande maggioranza la proposta di conferire un assegno annuo di 25,000 pesetas all'istologo Ramon y Cajal, la massima gloria scientifica della Spagna, decorato del premio Noebel; la proposta aveva lo scopo d'imprimere maggiore sviluppo all'Istituto Cajal di ricerche e d'insegnamento.

Crisi medica in Austria e in Germania.

Data l'esuberanza di medici, sono state sospese le iscrizioni nelle Cliniche della Facoltà Medica di Innsbruck.

L'amministrazione del Grande Ospedale di questa città ha licenziato una parte del personale medico ed infermiere e limitato a 300 il numero dei letti, a causa del disastroso stato finanziario dell'Istituto.

Per la stessa ragione sono stati chiusi alcuni Istituti nosocomiali della Germania, come il tubercolosario di Lichtenberg a Berlino.

Le perdite della Germania nella guerra.

La «Deutsche Medizinische Wochenschrift» informa che, secondo gli ultimi dati corretti (agosto 1921), la Germania ha avuto durante la guerra mondiale 1,808,545 morti e 4,247,143 feriti: la professione medica figura in questi totali con 1675 e con circa 2200.

LA RUBRICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Giudizi di abbonati.

L'Amministrazione si permette di pubblicare qualcuno tra i giudizi di abbonati, i quali sono di stimolo e di premio all'opera della Redazione e dell'Amministrazione.

Il dott. Vittorio Tamassia, di Villa Poma (Mantova), scrive:

«Unisco i più lieti auguri per il *nostro* giornale ed in special modo per il personale eminente di redazione ed amministrazione che ne cura con tanto intelletto la pubblicazione a tutto nostro vantaggio».

Il dott. Nicola Lanzetta da S. Giovanni Bianco (Bergamo), scrive:

«Per il medico condotto che vive in alta montagna, e che dopo una giornata d'intenso lavoro... di gambe, sente il bisogno di riposarsi leggendo una rivista medica, che lo tenga legato al mondo della scienza, il *Policlinico* è il miglior compagno. Noi giovani in esso ritroviamo uno stimolo allo studio dal quale speriamo... una condizione migliore dell'oggi».

Il dott. Alberto Fienga di Scafati (Salerno), scrive:

Invio sempre con lo stesso entusiasmo il mio solito abbonamento alle tre Sezioni (Pratica, Chirurgica e Medica) che tanto mi giovano in questo remitaggio paesano, lontano dalla mia Napoli.

L'AMMINISTRAZIONE.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Medical Record, 15 ott. — C. F. MORSMAN. Calorimetria clinica.

Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 27 ott. — GOUGEROT. Ipo- e ipercromie sifiloidi post-lesionali del collo. — CH. FLANDIN, A. TZANCK e ROBERTI. Nuovo processo di trasfusione del sangue.

Wiener Klinische Wochenschrift, 27 ott. — T. WATANABE. Ricerche di disinfezione col batteriofago.

The Lancet, 29 ott. — A. G. GIBSON. Processi cronici della milza. — F. D. SANER. Sul trattamento delle suppurazioni acute.

Zentralblatt für innere Medizin, 29 ott. — E. SEITZ. La teoria del simpatico del morbo di Basedow.

Le Scalpel, 29 ott. — JONAS. Innesto italiano per strappo di tutta l'aponevrosi palmare.

Medizinische Klinik, 30 ott. — F. JACOBSON ed E. SKLARZ. I danni del salvarsan, quale disturbo dell'equilibrio ionico.

American Journal of the Medical Sciences, ott. — J. R. HUNT. I tipi striato e talamico dell'encefalite. — S. C. SMITH. Il cosidetto blocco senoauricolare.

La Diagnosi, 1° sett. — R. SILVESTRINI. Intossicazioni cerebrali idiosincrasiche. — L. RICCITELLI. Sindrome morbosa del Reynaud con sindromi incomplete del Morvan e del Dupuytren nello stesso soggetto. — L. MEONI. Ricerche batteriologiche in un caso mortale di corea.

Rivista Ospedaliera, 15 sett. — L. BOLOGNINI. La ipodermoclisi ossigenata nella cura delle nevralgie.

American Medicine, ottobre. — S. L. KATZOFF. Il criticismo distruttivo: un sintomo psicologico. — G. H. SHERMAN. Una malattia che va scomparendo: la febbre tifoide.

Pensiero Medico, 5 nov. — E. GIANI. Cardiopatia traumatica. — V. BILOTTA. La febbretta.

La Presse Médicale, 16 nov. — BENHAMOU, GAHIER e BERTHÉLEMY. Azotemia e malaria.

Wiener Klinische Wochenschrift, 17 nov. — O. BAIL. Sul batteriofago dello Shiga. — E. URBANTCHITCH. Meningite tossica nella parotidite.

Journal des Praticiens, 19 nov. — LÉVY-WEISMANN. La gonococcia latente nell'uomo. — JEANSHELME. Cancro della pituitaria. — C. FIESSINGER. I polsi lenti falsi.

British Medical Journal, 19 nov. A. G. AULD. La terapia pirogena (*shock* proteinico).

The Lancet, 19 nov. — H. J. HAMBURGER. La permeabilità in fisiologia e patologia.

La Medicina Ibera, 19 nov. — T. DE ALMEIDA. Il neosalvarsan nella febbre di Malta.

Medizinische Klinik, 20 nov. — K. BLOND. Sul cosidetto circolo vizioso nella gastroenteroanastomosi.

The Practitioner, nov. — E. G. SLESINGER. Gozzo non tirotossico. — J. B. C. BROCKWELL. Ittero familiare.

The American Journal of the Medical Sciences, nov. — F. KENNEDY. La via seguita dalle infezioni nel sistema nervoso. — A. H. LOGAN. Balantidium coli e anemia perniciosa. — M. NEUSTAEDTN, J. H. LARKIN e E. J. BANZHAF. Rapporti tra encefalite letargica e poliomielite. — H. O. FONCAR e J. H. STOKES. Effetti del trattamento della sifilide nelle anemie gravi.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX — Roma, 16 Gennaio 1922 — Fasc. 3

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI DELLA R. UNIVERSITÀ DI SASSARI.
Direttore prof. O. ROSSI.

La reazione del benzoino colloidale sul liquido cefalo-rachidiano (1)

per il dott. ARMANDO FERRARO, capitano medico, assistente militare.

La nuova reazione al benzoino colloidale è stata proposta da tre AA. francesi: Guillain, Laroche, Lechelle, che ne affermano l'importanza soprattutto pratica per la diagnosi delle forme evolutive della sifilide del nevrasse. La reazione suddetta sarebbe più sensibile di quella al mastice di Emmanuel, e meno soggetta ad errori di quella di Lange all'oro colloidale.

L'occorrente per la sua esecuzione è composto da 16 provette da emolisi, pipette ed Erlenmeyer, vetreria che deve essere di nettezza assoluta, sciacquata all'acqua distillata. Occorre inoltre una soluzione salina all'1 per 10,000 di NaCl chimicamente puro, in acqua distillata.

È prudente però fare uso di acqua bidistillata, essendo la comune acqua distillata del commercio suscettibile di alterare i risultati della reazione.

Si lascia sciogliere quindi per la durata di 48 ore 1 grammo di resina di benzoino in 10 cc. di alcool assoluto; la sospensione si decanta successivamente.

Si preleva quindi 0 cc. 3 di questa sospen-

(1) Le conclusioni della presente nota sono già state comunicate al V Congresso della Società Italiana di Neurologia nella seduta del 21 ottobre 1921.

sione che si versa lentamente in 20 cc. di acqua bidistillata riscaldata a 35° C. Tale sospensione acquosa deve essere preparata di recente.

Nel 1° tubo della serie si versa 0 cc. 25 di soluzione di NaCl al 0.1 ‰.

Nel 2° tubo della serie si versa 0 cc. 50 di soluzione di NaCl al 0.1 ‰.

Nel 3° tubo della serie si versa 1 cc. 50 di soluzione di NaCl al 0.1 ‰.

Nel 4° tubo e fino al 16° incluso della serie si versa 1 cc. di soluzione di NaCl al 0.1 ‰.

Si aggiunge quindi, avendo cura di ben mescolare:

Nel 1° tubo 0 cc. 75 del liquido cefalo-rachidiano da esaminare.

Nel 2° tubo 0 cc. 50 del liquido cefalo-rachidiano da esaminare.

Nel 3° tubo 0 cc. 50 del liquido cefalo-rachidiano da esaminare.

Dal 3° tubo (che racchiude 1 cc. 5 di acqua e 0.5 di liquido c. r.) si preleva un centimetro cubo della diluizione che si riporta nel 4° tubo, dal quale dopo avere mescolato aspirando più volte il liquido, si preleva una stessa quantità, 1 cc., che si porta nel 5° tubo, e così via fino al 15° dal quale si preleva il solito cc. che si elimina però senza riportarlo nel 16° tubo, che deve servire da controllo. Si aggiunge infine in ciascun tubo, compreso il controllo, 1 cc. della soluzione di benzoino. Si lascia effettuare la reazione i cui risultati si leggono dopo 6-12 ore.

Per tubo a reazione positiva s'intende quello nel quale la precipitazione della resina sospesa è completa mentre la colonna liquida soprastante si chiarifica e diventa limpida, trasparente. L'aspetto torbido del liquido persiste nei tubi a reazione negativa.

La reazione caratteristica del liquido c. r. normale è la seguente: Aspetto invariato lattiginoso omogeneo nei tubi 1 fino a 5-6; precipitazione completa e successiva chiarificazione nei tubi 6-7, 8-9; aspetto invariato dei rimanenti tubi (compreso il controllo, che deve mantenere il primitivo aspetto lattiginoso).

Nelle forme luetiche evolutive del nevrasse, e più specialmente nella paralisi progressiva, la precipitazione avviene nei primi tubi: 1 a 5 o 6 e si estende a volte ai tubi 7, 8, 9, 10. Nei tabetici in evoluzione la reazione assume lo stesso aspetto per quanto di frequente limitato ai soli tubi 1, 2, 3, 4. Nelle forme antiche della stessa natura la reazione è meno spiccata ed assume il tipo sub-positivo (Guillain): precipitazione parziale con parziale intorbidamento residuale della colonna liquida.

***

Ho esaminato con questa reazione il liquido cefalo-rachidiano di 16 individui neurologicamente normali e di 51 infermi di varie forme del sistema nervoso.

Tutti i liquidi normali, sui quali è stata praticata la prova del benzoino, hanno regolarmente presentato il tipo normale della reazione. Di massima la precipitazione si è verificata nei soli tubi 6 al 9.

I liquidi cefalo-rachidiani appartenenti ad infermi possono essere distinti in due categorie.

***

I risultati suesposti sembrano mettere in evidenza due fatti: 1° la mancata positività della reazione del benzoino nei tre ultimi casi della categoria *A* pur trattandosi di forme sicuramente di natura luetica, in due dei quali la reazione di Wassermann fu anche positiva sul liquido cefalo-rachidiano.

Questa circostanza sembra d'altronde concordare con analoghi risultati di Duhot e Crampon, i quali in 8 casi di sifilide del nevrasse avrebbero parimenti rilevato una reazione del benzoino negativa;

2° comparsa di una reazione del benzoino in cinque casi di affezioni nervose di natura sicuramente non sifilitica.

***

Guillain ed i suoi collaboratori affermano che la xantocromia conferisce al liquido c. r. proprietà di precipitazione anche nei primi tubi, tanto da non doversi attribuire a simile evenienza alcun significato diagnostico. Ho avuto occasione di eseguire la reazione del benzoino su due liquidi cefalo-rachidiani di cui uno leggermente e l'altro marcatamente xantocromico, ottenendo in entrambi i casi una reazione del benzoino positiva. Ricorderò però a questo proposito un caso citato dallo stesso Guillain, caso di probabile tumore cerebrale con liquido c. r. a tensione pari a 80 cm. d'acqua contenente 8 linfociti per mm³., leggermente xantocromico, e nel quale la reazione fu negativa. Una tale constatazione mi lascia pertanto in dubbio sul significato diagnostico da attribuire alla reazione positiva da me ottenuta in uno dei due casi in parola, nel quale precisamente la xantocromia era leggiera.

***

Un certo parallelismo esiste fra la reazione di Wassermann e la reazione del benzoino colloidale. Però, come si rileverà dal quadro numerico, questo rapporto non è costante. Nes-

sun parallelismo esiste invece con la linfocitosi del sedimento cerebro-spinale, nè con le altre reazioni dei liquidi, di comune applicazione (Noguchi, Nonne-Apelt, Boveri, ecc.).

Il riscaldamento dei liquidi a 56° per 1/2 ora attenua la positività della reazione. Il riscaldamento a 75° per lo stesso tempo annulla, quasi, la positività.

Del pari, ho potuto rilevare una attenuazione non notevole della positività in tre casi, dopo una cura specifica arsenobenzolica.

***

Quale è il principio fisico-chimico della reazione? Dagli studi eseguiti da Machebœuf e dagli stessi Guillain e Laroche, costoro sono

CATEGORIA A — *Liquidi cefalo-rachidiani a reazione del benzoino negativa.*

Num. dei casi	*Infermità*	*Reazione di Wassermann*	*Linfocitosi nel sedimento del liquido c. r.*	*Reazione del benzoino colloidale*
8	Postumi di encefalite epidemica	Negativa in tutti sul siero di sangue	Conteggio alla camera di Fuchs Rosenthal: 2 elementi per mm³	Negativa in tutti
3	Sindrome confusionale in alcoolisti	Id.	Da 2 elementi a 2.7	Id.
1	Arteriosclerosi cerebrale	Id.	—	Id.
1	Kala-Azar	Id. anche sul liquor	—	Id.
1	Setticemia	Non eseguita	4 elementi per mm³	Id.
1	Sciatica bilaterale	Negativa anche sul liquor	2	Id.
1	Neoplasia endocranica	Id.	2	Id.
1	Mielite dorsale	Negativa	16	Id.
1	Emiplegia organica	Id.	22.6	Id.
1	Stato di male epilettico	Id.	3	Id.
3	Epilessia (pregressa cerebroplegia)	Id.	Da 2.6 a 18.4	Id.
1	Morbo di Little	Id.	2.6	Id.
2	Lue costituzionale	Positiva sul siero di sangue	1.7	Id.
1	Nefrite con fenomeni tossici	Negativa	3	Id.
1	Emiplegia luetica (ha praticato cure)	Id.	7.9	Id.
1	Lue cerebrospinale	Positiva anche sul liquor	3	Id.
1	Lue con fenomeni atassici	Id.	7.9	Id.

CATEGORIA B — *Liquidi cefalo-rachidiani a reazione del benzoino positiva.*

Num. dei casi	*Infermità*	*Reaziane di Wassermann*	*Linfocitosi nel sedimento del liquido c. r.*	*Reazione del benzoino colloidale*
10	Paralisi progressiva	Positiva in tutti anche sul liquor	Da 10.3 a 186 elementi per mm³	Positiva (precipitazione nei primi 6 tubi e oltre)
1	Emiplegia luetica	Positiva	3	Id.
3	Tabe dorsale	Id. anche sul liquor	Da 39 a 75	Id. (precipitazione non sempre completa nei diversi tubi)
1	Id.	Negativa	39	Positiva (tipo subpositivo)
2	Neoplasie endocraniche (liquor xantocromico)	Id.	In uno 163 per mm³, nell'altro non è stato eseguito il conteggio	Precipitazione dal tubo 2 all'11
2	Mielite disseminata	Negativa anche sul liquor	4.1 in uno, linfocitosi marcata nell'altro	Positiva dal tubo 2 al 10
1	Neoplasma midollare	Id.	3 elementi per mm³	Positiva nei tubi 2, 3 e 4
1	Forma spastica di Erb	Id.	7.8	Positiva nei tubi 2, 3, 5 e 6
1	Sclerosi in placche	Id.	9.8	Positiva nei tubi 2 e 3

stati indotti a ritenere che: «il semble ré-«sulter de ces expériences que dans la réac-«tion du benjoin colloidal, les albumines «vraies nont pas un rôle flocculant, que seu-«les les globulines interviennent conjointement «avec la présence des sels lesquels ont, pour-«rait-on dire, une simple action de morden-«çage en favorisant par la présence d'ions «positifs bivalents (Ca + +, la décharge des «micelles de benjoin électronégatives»

***

I pochi dati sperimentali suesposti non mi permettono certamente conclusioni recise o definitive. Mi accontenterò di una semplice ricapitolazione, convinto della necessità di procedere oltre nelle ricerche istituite. E pertanto:

1° La reazione del benzoino colloidale è stata negativa (cioè del tipo normale) nei liquidi cefalo-rachidiani normali;

2° In tutti i casi di paralisi progressiva, il tipo della reazione è stato spiccatamente positivo;

3° In qualche forma sicuramente luetica del sistema nervoso (3 casi, due dei quali, però, antichi) la reazione del benzoino è stata negativa;

4° In cinque casi in cui clinicamente e serologicamente potevasi eliminare una origine luetica dell'affezione, la reazione del benzoino colloidale è stata invece positiva.

BIBLIOGRAFIA.

G. GUILLAIN, GUY LAROCHE et P. LECHELLE. *Réaction de précipitation du benjoin colloïdal avec les liquides céphalo-rachidiens pathologiques.* C. Rendus de la Société de Biologie, 17 luglio 1921.

ID., ID., ID. *La réaction de précipitation du benjoin colloïdal dans la syphilis du névraxe.* C. R. de la Société de Biologie, Juillet 1920, p. 1199.

ID., ID., ID. *La réaction de précipitation du benjoin colloidal avec les liquides c. r. des syphilitiques nerveux.* Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 5 novembre 1920.

ID., ID., ID. *Les courbes de la réaction du benjoin colloidal avec les liquides c. r. des syphil.* C. R. de la Société de Biologie, 4 dicembre 1920.

G. GUILLAIN et P. LECHELLE. *La réaction du benjoin colloidal avec le liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalite létargique.* Revue Néurologique, 6 gennaio 1921.

E. DUHOT et P. CRAMPON. *Encéphalite épidémique et réaction de Bordet-Wassermann.* B. et Mém. de la Société M. des Hôp. de Paris, 10 marzo 1921.

ID., ID. *Etude sur la réaction de précipitation du benjoin colloidal.* B. et Mém. de la Société M. des Hôp. de Paris, n. 8, marzo 1921.

G. GUILLAIN, G. LAROCHE et P. LECHELLE. *Considérations sur la réaction du benjoin colloidal comparée avec la réaction de l'or colloidal dans les affections syphilitiques.* B. et Mém. de la Société M. des Hôp. de Paris, n. 3, 1921.

RENÉ TARGLOWA. *Sur la réaction de précipitation du benjoin colloidal dans les liquides c. r. des paralytiques généraux.* Annales médico-psychologiques, n. 4, 1921.

MICHEL MACHEBŒUF. *Recherche du signe électrique de la suspension colloidal de benjoin.* C. R. de la Société de Biologie, p. 778, 1921.

G. GUILLAIN, LAROCHE et MACHEBŒUF. *Etude physiochimique de la réaction du benjoin colloidal.* C. R. de la Société de Biologie, tome 84, p. 779, 1921.

G. GUILLAIN, GUY LAROCHE. *Etude de la réaction du benjoin colloidal dans les liquides rantocbromiques.* C. R. de la Société de Biologie, tome 84, p. 966, 1921.

ID., ID. et P. LECHELLE. *Technique simplifiée de la réaction du benjoin colloidal pour le diagnostic de la syphilis du névraxe.* C. R. de la Société de Biologie, tome 85, p. 5, 1921.

RENÉ BÉNARD. *Réaction du benjoin colloidal et réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis nerveuse.* C. R. de la Société de Biologie, 2 luglio 1921.

G. GUILLAIN, G. LAROCHE et P. LECHELLE. *La réaction du benjoin colloidal: sa tecnique, sa valeur séméiologique.* Presse médicale, 28 agosto 1921, n. 78.

RABEAU. *Valeur comparée de la réaction du benjoin colloidal.* C. R. de la Société de Biologie, 22 ottobre 1921.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE D'ISOLAMENTO PEI CONTAGIOSI - MILANO
diretto dal prof. G. POLVERINI.

Sulle forme di adenopatia tracheo-bronchiale simulante il crup difterico

per il dott. GIORGIO TRON.

Agli ospedali per malattie contagiose spesso vengono inviati bambini con diagnosi di crup difterico i quali sono in preda a gravissimi sintomi di asfissia per stenosi delle vie respiratorie sostenuti da forme morbose diverse dalla difterite.

La gravità della lesione, l'urgenza assoluta di aprire una via all'aria e di scongiurare l'imminente pericolo di vita autorizzano il medico a non perdere un tempo prezioso per istituire una diagnosi rigorosamente esatta e ad inviare colla massima sollecitudine il piccolo paziente agli ospedali dove tutto è predisposto per fronteggiare simili eventualità.

Al loro ingresso in ospedale questi ammalati, spesso in condizioni gravissime, vengono sottoposti d'urgenza all'intubazione, eventualmente alla tracheotomia e per lo più alla sieroterapia antidifterica. La diagnosi esatta dell'affezione passa anche qui in un primo tempo in seconda linea di fronte all'urgenza della terapia sintomatica e solo in seguito si pone

il quesito diagnostico, il quale nella maggior parte dei casi non presenta grandi difficoltà. Colla intubazione, nei più dei casi, la respirazione ritorna normale e scompaiono in breve i sintomi dell'asfissia; l'esame batteriologico negativo per il bacillo difterico e l'ulteriore decorso dell'affezione dimostrano poi se si tratta di laringite stridula (pseudo crup) o di edema o di spasmo della glottide o di altra forma morbosa. In casi più rari succede un'altra eventualità: dopo l'intubazione il gravissimo quadro clinico non muta affatto o si attenua solo leggermente, neppure con la tracheotomia si ottengono risultati migliori e l'esito letale chiude in breve la scena. In questi ultimi casi, come facilmente si comprende, la sede della lesione si trova fuori della laringe, nella parte bassa della trachea o nei bronchi.

Le cause che possono provocare la stenosi della trachea o dei bronchi sono note; può trattarsi di infiammazioni o di tumori della tiroide, di tumori del timo o dell'esofago, di tumori degli organi del mediastino, di lesioni sifilitiche della trachea o di altre forme ancora. Generalmente queste affezioni non si manifestano con sintomi improvvisi e gravi di stenosi delle vie respiratorie, per quanto siano descritti casi in cui la sintomatologia obbiettiva è stata così poco imponente che gli ammalati hanno ricorso al medico solo quando la lesione era già avanzata ed aveva presentato un subitaneo aggravamento.

Ma la lesione ove più spesso ci è accaduto di osservare di stenosi acuta grave delle vie aeree, tale da simulare la sintomatologia del crup difterico, è la tubercolosi delle linfoghiandole tracheo-bronchiali.

L'adenopatia tracheo-bronchiale è stata ampiamente illustrata ed io non intendo ritornare sull'argomento; mi pare tuttavia non privo di un certo interesse il richiamare l'attenzione su quelle speciali forme di questa affezione che decorrono in modo subdolo per esplodere d'un tratto coi segni gravissimi di una imponente stenosi delle vie aeree e con una fenomenologia tale da presentare gravi dubbi diagnostici nei confronti del crup difterico primario.

Riferirò brevemente le storie di alcuni ammalati che furono in questi ultimi tempi ricoverati al nostro ospedale.

I CASO. — B. Giulia, di anni 4, entra in ospedale il 5 novembre 1920, alle ore 13, con diagnosi di crup difterico. Nell'anamnesi si nota il morbillo, la difterite all'età di 2 anni e l'influenza. Da 2 anni è affetta da disturbi dell'apparato digerente, da osteomielite dell'omero destro e da morbo di Pott dorsale. Non ostante queste lesioni le condizioni generali si sono mantenute buone.

L'attuale malattia data da 2 giorni ed iniziò improvvisamente con difficoltà di respiro ad alterazione della voce; non tosse. I segni della stenosi andarono sempre aumentando d'intensità.

Al suo ingresso si nota: Condizione di nutrizione buone, pannicolo adiposo normale. Cifoscoliosi delle prime vertebre dorsali, osteomielite cronica omero destro. Colorito pallido, voce a timbro di cornetta. Lingua patinosa. Non essudati in faringe; tonsille arrossate, la sinistra tumefatta; infiltrazione delle linfoghiandole cervicali a sinistra.

Tiraggio discreto, con rientramenti inspiratori al giugulo. Respiro molto aspro nell'ambito polmonare, non rantoli, non modificazioni della fonesi. Cuore: toni frequenti, netti. Addome meteorico, dolente alla pressione. Temperatura 38°. Polsi 100 piccoli, molli. R. 15. Condizioni gravi.

Dopo il suo ingresso l'a. andò rapidamente peggiorando ed essendosi instaurato un tiraggio di alto grado si dovette intubare. Dopo l'intubazione la bambina continuò a respirare difficilmente per cui si procedette alla tracheotomia; l'intervento operativo non modificò le condizioni del respiro che si andarono invece ancora aggravando, insorse cianosi intensa, respiro frequente, superficiale, il polso si fece filiforme e l'esito letale avvenne alle ore 0,30 del 6 novembre 1920 dopo 11 1/2 ore di degenza nel reparto.

Autopsia. — All'apertura del cadavere si scorgono le anse intestinali saldate da tenaci aderenze esistenti fra il peritoneo, l'omento ed il periepate che appare opacato e notevolmente ispessito. Le linfoghiandole addominali sono infiltrate; il fegato e la milza sono apparentemente normali e così pure lo stomaco e gli intestini. Aderenze del pericardio colle pleure. Polmoni liberi nelle parti superiori, congesti, non presentano lesioni tubercolari. La trachea poco sopra la biforcazione è compressa da pacchi di linfoghiandole infiltrate e caseificate; in alcuni ammassi ghiandolari si notano abbondanti raccolte di pus cremoso, denso. I corpi delle 2ª e 3ª vertebre dorsali sono invasi dal processo tubercolare che si estende pure alle vertebre immediatamente sopra e sottostanti. Un focolaio di osteomielite specifica esiste pure all'omero destro. Nulla di notevole agli altri organi ed apparati.

II CASO. — M. Dolores, di anni 5 1/2, entra in ospedale il 29 dicembre 1920, alle ore 23, con diagnosi di crup.

Nonno materno morto per laringite tubercolare. La bambina soffrì di morbillo e di pertosse e da vario tempo è affetta da catarro bronchiale apirettico; 15 giorni or sono ebbe una lieve adenite cervicale ora scomparsa.

L'attuale malattia insorse oggi stesso alle 15 1/2 mentre la bambina si trovava a passeggio in apparente pieno benessere ed iniziò con improvvisa grave difficoltà alla respirazione che andò sempre aumentando e con conati di vomito e tosse rauca.

Al suo ingresso l'a. presenta: Stato di nutrizione buono, colorito intensamente cianotico; tiraggio di alto grado con rientramenti inspiratori a giugulo, epigastrici e parti laterali del torace. La respirazione è russante, la voce ve-

lata, la tosse serrata. Non si scorgono essudati sulle fauci e nelle narici; tonsille ipertrofiche; pleiadi gangliari al collo, ascelle ed inguini. Non modificazioni della fonesi sul torace, respiro indebolito. Toni cardiaci frequenti, deboli. Addome trattabile. Fegato e milza in limiti. Temp. 36°,8. P. frequente, piccolo. R. frequente. Condizioni gravissime.

Praticata d'urgenza la intubazione non si notano modificazioni della respirazione e della cianosi.

L'a. ha tosse e conati di vomito ed espettora del catarro con pezzettini di sostanza biancastra che a primo aspetto paiono frammenti di pseudomembrane, ma che osservati più attentamente si dimostrano essere frustoli di tessuto necrotico.

L'a. viene sottoposta alle usuali pratiche terapeutiche e le si iniettano 10,000 U. I. di siero antidifterico per via endovenosa, ma l'esito letale avviene dopo poco più di 1 ora dal suo ingresso in ospedale.

Alla sezione del cadavere si rileva: piccolo focolaio di tubercolosi fibrocaseosa dell'apice del P. S., Le linfoghiandole del mediastino sono in parte infiltrate, ma non esistono grossi pacchi ghiandolari; qualche ghiandola della grossezza di una nocciola ha il centro caseificato. Una di queste linfoghiandole della grossezza di una piccola noce è strettamente aderente alla parete posteriore della trachea immediatamente sopra alla biforcazione; la parete tracheale presenta, in corrispondenza della ghiandola che è in preda al processo fibrocaseoso, una ulcerazione della lunghezza di 1 cm. e della larghezza di 1/2 cm. attraverso la quale la sostanza caseosa densa e consistente è penetrata nel lume tracheale che occupa nella quasi totalità, poggiando sullo sperone della trachea stessa.

Il timo è ipertrofico. Nulla di notevole agli altri organi.

III CASO. — F. Giovanni, di anni 6 1/2, entra in ospedale il 10 maggio 1921, alle ore 12, con diagnosi di crup difterico, proveniente dall'Ospedale Maggiore di Milano dove era degente dal giorno precedente per « stenosi laringea ».

Nulla si può sapere dell'anamnesi.

Al suo ingresso è notevolmente dispnoico e di colorito cianotico; la voce è fioca. Esiste rilevante tiraggio con rientramenti inspiratori al giugulo, epigastrio e parti laterali del torace. Tonsille tumefatte, arrossate; fauci nette. Lingua patinosa. Alla base posteriore sinistra del torace si nota ipofonesi con respiro soffiante e scarsi rantoli, sul resto dell'ambito polmonare forte rumore inspiratorio ed espiratorio. Cuore nei limiti; toni oscuri, frequenti. Fegato e milza in limiti; addome trattabile. Le urine sono albuminose. Temp. 38°. P. 158. Resp. 60.

Intubato d'urgenza l'a. emette molto catarro e per qualche ora respira meglio, ma in seguito la difficoltà di respiro aumenta e non ostante le usuali pratiche terapeutiche si aggrava e muore il giorno 12 maggio 1921 alle ore 11, dopo 23 ore di degenza in ospedale.

All'autopsia si nota: cuore apparentemente normale; fegato leggermente grasso. Gravissima laringo-tracheo-bronchite; sulla mucosa delle vie aeree esiste abbondante catarro purulento e la mucosa è intensamente arrossata e cosparsa di petecchie. Il lobo inferiore del P. S. e la parte inferiore del lobo superiore sono in stato di epatizzazione rossa. Nel P. D. fatti bronchiali catarrali diffusi. In corrispondenza della biforcazione della trachea esiste un grosso pacco di linfoghiandole infiltrate dure al tatto ed al taglio, il cui centro è caseificato. Questa massa abbraccia la trachea e la comprime fortemente a livello dell'origine dei bronchi. La stenosi del bronco sinistro è quasi totale, a destra è un po' meno accentuata.

Nessuna lesione degna di nota agli altri organi.

La diagnosi differenziale fra crup difterico e stenosi delle vie aeree di tubercolosi delle linfoghiandole tracheo-bronchiali comporta una diagnosi di sede ed una di natura dell'affezione.

Sono noti i criteri teorici con i quali si differenziano le stenosi laringee da quelle della trachea o dei bronchi, criteri che non hanno nulla di assoluto e che praticamente non sempre corrispondono.

Il segno principale delle stenosi d'alto grado delle prime vie aeree è la dispnea inspiratoria manifestantesi con rientramenti inspiratori delle parti molli del torace: giugulo, fossette sopra e sottoclavicolari, epigastrio e parti laterali del torace, colla diminuzione del numero degli atti respiratori e col prolungamento della inspirazione. A questa alterazione della respirazione si aggiunge un rumore respiratorio e possono comparire altri sintomi: cianosi, sudori, alterazioni della voce, ecc.

Il rallentamento degli atti respiratori con prolungamento della inspirazione è in diretto rapporto colla rapidità colla quale si è instaurata la stenosi essendo maggiore per le stenosi insorte acutamente e minore in quelle stabilitesi gradualmente, essendosi in questi ultimi casi l'organismo adattato al nuovo equilibrio respiratorio.

La diminuzione degli atti respiratori può in certi casi non esistere e si può avere anzi un aumento nel numero degli atti stessi, quando l'affezione non è limitata alla pura stenosi della laringe o della trachea ma ha colpito anche i medi e piccoli bronchi, o negli stadi terminali della malattia.

Secondo alcuni autori la dispnea inspiratoria è minore nelle stenosi tracheali che in quelle della laringe per il fatto che nelle prime la occlusione delle vie respiratorie è solitamente meno completa che nelle seconde.

Effettivamente il comportamento del respiro offre scarse caratteristiche per la differenziazione fra le stenosi della laringe e quelle della trachea.

Un sintomo al quale va attribuita qualche importanza, per lo meno in certi casi, è quello

segnalato per la prima volta da Gehrardt. Questo autore ammise che nelle stenosi tracheali la laringe resta immobile, mentre nei restringimenti laringei l'organo compie movimenti respiratori più ampi. Questa legge soffre però di numerose eccezioni. E stato osservato che la laringe è fissa solo nelle stenosi della parte superiore della trachea, mentre può rimanere mobile nelle stenosi tracheali situate presso la biforcazione. D'altra parte si ha immobilità assoluta della laringe nelle stenosi laringee accompagnate da lesioni che fissano l'organo ai tessuti circostanti. In quanto ai rumori respiratori alcuni autori distinguono il forte rumore inspiratorio (stridor) che si ascolta nelle stenosi della laringe e delle parti alte della trachea dal rumore che si origina nei restringimenti delle parti inferiori della trachea e che rassomiglia ad un ronco russante che accompagna gli atti respiratori.

L'alterazione della voce non sta tanto in rapporto ai fatti di stenosi quanto allo stato di funzionalità dei muscoli laringei. Secondo Schnitzler una voce rauca, aspra, indica un ispessimento delle corde vocali; una voce velata, fischiante, paralisi delle corde, ed una voce sottile, di falsetto depone per un restringimento del lume tracheale. Altri AA. ammettono che la voce nelle stenosi tracheali sia debole ma di timbro normale, mentre la voce afona, bitonale o di falsetto sarebbe caratteristica delle stenosi laringee. Fu osservato che la minore quantità di aria passante per la laringe, qualunque sia il punto delle vie aeree stenotico, contribuisce a dare la voce fioca. Nelle stenosi da compressione della trachea la stessa causa che agisce sul tubo tracheale può esercitare la sua azione sui nervi ricorrenti provocando la paralisi dei muscoli laringei e la conseguente alterazione della voce. Alla posizione del capo fu attribuito un certo significato nel senso che il capo inclinato in avanti deporrebbe per un restringimento della trachea, mentre il capo reclinato all'indietro indicherebbe una stenosi del laringe. Il valore diagnostico della tosse è nullo non costituendo questa un sintomo delle stenosi pure come tali.

Nei restringimenti di uno solo dei grossi bronchi la diagnosi di sede non è difficile perchè le alterazioni sono limitate al solo lato corrispondente alla stenosi.

La diagnosi di natura della stenosi si presenta in molti casi assai ardua. Si tratta anzitutto di stabilire se la stenosi è originata da compressione dei tubi aerei per cause esterne ad essi (tumori o infiammazioni della tiroide, del timo, tumori dell'esofago o degli organi del mediastino, aneurismi, ecc.), o da alterazioni delle loro pareti o da cause interne ai tubi stessi (cicatrici traumatiche o lesioni sifilitiche, polipi, vegetazioni granulanti, ecc.). Lo studio esatto dei segni fisici, le reazioni biologiche, l'esame laringoscopico e tracheo-broncoscopico, l'indagine radiologica forniranno gli elementi per una esatta diagnosi.

Nei nostri casi la maggior parte dei criteri diagnostici suaccennati non valsero dato lo stato gravissimo nel quale versavano i piccoli pazienti e la rapidità colla quale sopravvenne l'esito letale.

In tutti i nostri pazienti vi fu tiraggio di alto grado con rientramenti inspiratori di tutte le parti molli del torace. Gli atti respiratori che non erano diminuiti al momento dell'ingresso in ospedale, nel 1° caso, si fecero presto frequenti. Nel 2° e nel 3° caso il respiro fu sempre frequente e ciò si spiega date le condizioni preagoniche nelle quali si trovava la bambina M. Dolores e la gravissima diffusione del processo bronco-pneumonico nell'ultimo caso. In tutti i casi esisteva un forte rumore inspiratorio; voce velata negli ultimi casi, di falsetto nel 1°: posizione del capo indifferente, movimenti del laringe liberi.

Nei nostri pazienti l'intubazione, in un caso anche la tracheotomia, non seguite da alcun notevole miglioramento dei gravissimi fenomeni di asfissia, indicarono che la sede delle lesioni doveva cercarsi fuori della laringe o per lo meno anche fuori di essa.

Eravamo dunque in presenza di un processo difterico primitivo della laringe con diffusione alla trachea ed ai bronchi medi e piccoli o ad una stenosi della trachea e dei grossi bronchi sostenuto da un'altra causa morbosa?

Laënnec fissò come norma che negli ostacoli delle piccole vie aeree è prolungata la espirazione, al contrario di quanto avviene nel restringimento del lume delle prime vie aeree, ma altri AA. hanno contraddetto questa opinione. Nelle stenosi dei bronchi piccoli si noterebbe, secondo taluni, che i rientramenti inspiratori sono limitati alle parti inferiori del torace mentre i rientramenti del giugulo e delle fosse sopra e sottoclavicolari indicano laringo- e tacheostenosi; di più se l'occlusione dei piccoli bronchi è data da catarro secco si ascoltano su tutto l'ambito polmonare dei rauchi sibilanti e esiste tosse, la quale non vien prodotta nella semplice stenosi delle prime vie aeree. Si aggiunga che nelle occlusioni delle piccole ramificazioni bronchiali si ha un aumento degli atti respiratori, mentre il contrario avviene nelle laringo- e tracheo-stenosi pure.

Nel 1° caso riferito fu esclusa la forma difterica della laringe e della trachea dopo il risultato negativo degli atti operativi, e quella dei bronchi piccoli e medi per la mancanza di sintomi riferibili ad alterazione di essi (tosse, rauchi, ecc.). Anche il fatto di un precedente attacco di difterite, avvenuto due anni prima, concorreva a far escludere la forma difterica. La sede della lesione doveva trovarsi nei pressi della biforcazione della trachea ed essere sostenuta verosimilmente da compressione esercitata sulle vie aeree da linfoghiandole tubercolari. Questo concetto diagnostico ci veniva suggerito più dal quadro generale offerto dalla paziente che dal reperto di alterazioni locali rilevabile coi dati di una esatta percussione, impossibile dato lo stato di agitazione dell'a., o coll'indagine radiologica, non praticabile in ospedali come il nostro.

Deponevano infatti in questo senso le lesioni tubercolari esistenti all'omero d. ed alle vertebre dorsali e i sintomi addominali, riferibili ad una peritonite specifica. D'altra parte nessun segno si poteva notare di alterazioni di altri organi del collo o del mediastino. Posta la diagnosi di compressione della trachea da tubercolosi delle linfoghiandole tracheo-bronchiali l'a. non venne sieroterapizzata.

Al tavolo anatomico si potè constatare che le lesioni delle linfoghiandole erano di antica data e che la rapida ed improvvisa stenosi fu determinata dall'avvenuta suppurazione per cui le ghiandole lese aumentarono notevolmente ed acutamente di volume provocando una forte compressione del tubo tracheale.

Il 2° caso si presentò all'ingresso come una forma gravissima di crup difterico e fu trattato come tale; ma per le stesse ragioni del caso precedente si dovette in seguito escludere la forma difterica e porre la diagnosi di probabilità a favore di una lesione tubercolare delle linfoghiandole tracheo-bronchiali. Questo concetto aveva il suffragio dei seguenti fatti: 1° eredità tubercolare nella famiglia dell'a.; 2° esistenza di un catarro bronchiale di natura sospetta; 3° pregressa adenite cervicale; 4° presenza nell'espettorato di frustoli di tessuto necrotico; 5° assenza di lesioni riferibili ad altri organi. All'autopsia si potè constatare lesioni ghiandolari assai limitate ed una stenosi della trachea avvenuta con un meccanismo certamente non frequente. In questo caso, come negli altri riferiti, date le condizioni dell'a. non era stato possibile un esame plessimetrico molto esatto, ma quando anche questo esame fosse stato praticato colla massima esattezza l'alterazione delle linfoghiandole era così limitata che non si sarebbe rivelata con nessuna zona di corrispondente ipofonesi.

Nell'ultimo dei nostri casi infine, la presenza del focolaio bronco-pneumonico non bastava da sola a renderci conto dell'intensa dispnea inspiratoria dopo l'avvenuta intubazione. La mancanza di dati anamnestici ed obbiettivi non ci permise di instituire in questo caso una esatta diagnosi e non fu che per analogia con i precedenti casi che si potè supporre non estranee nel determinare la sindrome clinica, eventuali alterazioni delle linfoghiandole tracheo-bronchiali. La sezione cadaverica dimostrò che oltre alla stenosi da compressione esercitata sulle vie aeree dalle linfoghiandole infiltrate e caseificate queste erano state rese impervie dall'edema flogistico della mucosa e dall'abbondante secreto mucopurulento.

Abbiamo nei 3 casi osservato un diverso meccanismo delle stenosi: per compressione da causa puramente esterna nel 1° caso, per occlusione da causa interna nel 2°, e per il duplice processo di compressione esterna e di occlusione interna nell'ultimo caso.

Concludendo, le osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche che ho brevemente riferite, richiamano la nostra attenzione sulla relativa frequenza di queste forme che spesso possono erroneamente essere diagnosticate per crup laddove non sia possibile un esame somatico accurato e dove non si abbia più tardi il conforto dei dati anatomici.

La diagnosi differenziale fra stenosi laringee e stenosi tracheali in quei casi in cui l'estrema gravità dell'affezione ed il brevissimo decorso non consentono un esame minuto ed esatto dell'ammalato e tanto meno speciali indagini (laringoscopia, radioscopia), si dovrà porre tenendo conto delle leggi sopra esposte, per quanto esse non abbiano valore in senso assoluto. La mobilità della laringe nelle inspirazioni, lo stridore laringeo, la voce afona, la testa reclinata all'indietro costituiscono sintomi di probabilità per una stenosi della laringe; mentre la laringe fissa, il rumore respiratorio di ronco russante, la voce di falsetto, la testa inclinata in avanti depongono piuttosto in favore delle stenosi della trachea.

Ad intubazione o tracheotomia avvenuta senza modificazioni della sindrome clinica si dovranno distinguere le stenosi delle parti della trachea situate nelle vicinanze della biforcazione e dell'origine dei bronchi da ostruzioni del lume dei bronchi medi e piccoli, il che si farà tenendo conto degli eventuali sintomi caratteristici delle lesioni di questi ultimi.

Nella diagnosi di natura della stenosi, qualora non esistano segni che depongano per

forme morbose di altri organi del collo o del mediastino, bisognerà aver presente la possibilità di una adenopatia tracheo-bronchiale, verso la quale ipotesi spesso, più che la obbiettività di sintomi fisici, ci guideranno le note anamnestiche ed ereditarie e l'esistenza di altri focolai di tubercolosi nel paziente.

La diagnosi ha in questi casi un valore prognostico assoluto nel senso che la prognosi è assolutamente funesta.

La terapia di questi stati patologici può tentarsi con scarse speranze di successo nei primi stadi dell'affezione; nelle forme delle quali ci siamo occupati, non v'è tentativo terapeutico che valga ad evitare un rapidissimo esito letale.

NOTE E CONTRIBUTI

La correzione del gusto della dieta declorurata

per il dott. BERNARDINO MASCI,
degli Ospedali di Roma.

Il metodo dietetico che ha per base la restrizione dei cloruri alimentari è oggigiorno di un'applicazione corrente. Già impiegato, come regime ipoclorurato, da Ch. Richet e Toulouse (1899) per esaltare l'azione terapeutica del bromuro di potassio negli epilettici, fu da Widal e Javal (1903) proposto per combattere l'edema brightico e gli accidenti della ritenzione clorurata, dopo che Widal e Lemierre ebbero messo fuor di dubbio l'importanza del cloruro di sodio nella patogenesi dell'edema brightico.

La portata di questo metodo ha rapidamente sorpassato le prime indicazioni: oltre che nel morbo di Bright, il regime ipoclorurato ha trovato rapidamente le sue applicazioni nelle cardiopatie (Vaquez e Digne), le asciti (Olmer e Audibert), le gastropatie con ipercloridria (Vincent e Laufer), alcune nevrosi, come la nevrastenia, l'asma essenziale (Claude), alcune dermatosi (Ravaut), la pleurite essudativa (Koranyi), il glaucoma (Cantonnet), le flebiti (Chantemesse), ecc.

Parlando del regime di restrizione del sale, intendo naturalmente sorvolare sulle questioni pregiudiziali che si presentano spontaneamente alla mente; voglio semplicemente occuparmi di una questione imposta dal senso del gusto del malato. È possibile, cioè, ridonare con qualche altro mezzo, innocuo per l'organismo, il sapore del cloruro di sodio alla dieta declorurata?

L'appetenza per il sale è antichissimo appannaggio dell'uomo; esso si cominciò ad introdurre nell'alimentazione a partire dal passaggio dalla vita pastorale e nomade alla vita sedentaria e agricola. Sono noti i lutti, le rivoluzioni e le guerre che ebbero per scopo, nell'antichità e sotto l'antico regime, la conquista delle sorgenti saline.

Di tutte le sostanze minerali che entrano nella nutrizione dell'uomo, il sale marino è il solo ch'egli aggiunga ai suoi alimenti. Altri corpi minerali, i sali di calcio o il fosfato di sodio, per esempio, prendono una parte molto più importante alla costituzione dei nostri tessuti; noi ci contentiamo tuttavia della quantità di queste sostanze naturalmente contenuta nei nostri alimenti. Siccome questi sali non hanno alcun sapore, si comprende che noi non abbiamo alcuna tendenza a farne uso per le nostre preparazioni culinarie. La sapidità particolare del cloruro di sodio spiega il nostro gusto a fare di questo corpo un condimento.

La pratica della cura di declorurazione dimostra che certi soggetti perdono rapidamente questo gusto artificialmente acquisito. Naturalmente all'inizio si prova sempre una certa difficoltà ad abituarsi all'insipidezza del regime declorurato: vi sono alcuni alimenti che hanno bisogno assolutamente di certi artifici nella preparazione per essere mangiati senza disgusto. L'assuefazione al regime si produce in capo ad un tempo variabile secondo gl'individui: è eccezionale che dopo 2-3 mesi i malati non dichiarino che il regime sia divenuto loro completamente indifferente.

Vi è però un'esigua minoranza che non sa rinunziare a soddisfare le sensazioni gustative: il vitto senza sale viene assunto con disgusto, con invincibile anoressia, senza speme di assuefazione, in proporzioni inadeguate ai bisogni integrativi dell'organismo, per cui si cade in uno stato di languore e di debolezza. La dieta declorurata riesce in questi soggetti estremamente debilitante. È dunque importante di indicar loro che le altre spezie non sono contrarie al regime. Sotto questo punto di vista, il pepe, l'aceto, il limone possono rendere dei preziosi servizi, al pari di certi alimenti a sapore forte come il sedano e il crescione. La gelatina, che i cuochi chiamano gelato di carne, può, se è preparata senza sale, essere utilizzata per dar sapore alle salse e ai legumi su cui si fa fondere. Impiegando ogni giorno 30 o 40 grammi di questa gelatina per le preparazioni culinarie e aggiungendo al suo uso quello del targone, della cipolla, del sermollino, del lauro, del prezzemolo, si arriva a dare a certe pietanze un sapore che fa benissimo obliare l'assenza del sale. Si compongono così

delle salse bearnesi e olandesi che costituiscono, per mangiare le carni, i pesci e certi legumi, un regalo che si può permettere ai malati, a condizione che ne facciano un uso discreto.

Anche a sostanze saline si può ricorrere, purchè non abbiano naturalmente la stessa azione nociva del cloruro di sodio. Ottimo, sotto questo punto di vista, è il solfato di sodio, di cui si sa il frequente uso nelle malattie idropigene allo scopo di tener aperto l'alvo. Il solfato di sodio, di cui sono sufficienti dosi piccolissime per salare, ha però il debole inconveniente di conferire agli alimenti un lieve sapore amaro, che io consiglio di neutralizzare, specie nella dieta per uso infantile, aggiungendo successivamente del lattosio, il più innocuo dei diuretici, in proporzioni da stabilirsi volta per volta fino a scomparsa del sapore amaro.

Ma il sale che riesce a supplire completamente il cloruro di sodio e a dare al malato la piena sensazione di una dieta normalmente clorurata è il citrato di sodio. Questo sale, che ha lo stesso sapore, sebbene un po' meno sapido, del cloruro di sodio, si può impunemente usare e della sua assoluta innocuità mi son potuto convincere attraverso numerose osservazioni.

È noto dalle esperienze di Widal, Lemierre e Cotoni che l'introduzione a dose massiva nell'economia di un sale alcalino, come per esempio il bicarbonato di sodio, può, anche nell'assenza di ogni lesione renale, impedire l'eliminazione dei cloruri e provocare la ritenzione idrica. È per questo meccanismo indiretto che bisogna spiegare gli edemi che si provocano qualche volta nei diabetici durante le cure alcaline intensive. Il bicarbonato di sodio ed altri sali alcalini sono sostanze che, ingombrando l'organismo delle loro molecole, sono capaci con la loro sola presenza di turbare gli scambi così profondamente da impedire temporaneamente l'eliminazione di una certa quantità di cloruri.

Rispetto però al citrato di sodio, noi abbiamo fatto delle osservazioni precise dimostranti che la piccola quantità di sale occorrente per una quotidiana razione fisiologica (4-5 gr. al massimo) può essere sopportata senza il minimo danno per la salute. Abbiamo sottomesso malati di nefrite epiteliale a certe condizioni di osservazione e di dietetica, praticando in serie, per più giorni di seguito, col metodo di Wolhard, il dosaggio dei cloruri urinari: ebbene, la curva di escrezione di essi cloruri, nelle numerose analisi, si è mantenuta costante anche dopo l'introduzione di 5 gr. di citrato sodico nella dieta declorurata. Abbiamo potuto anche stabilire che, una volta iniziatasi la disidratazione dei tessuti nelle nefriti idropigene in seguito a dieta declorurata, essa prosegue regolarmente se ad un certo punto si ridà il gusto salino agli alimenti mediante l'aggiunta di citrato sodico.

Si è così spesso sorpresi del ritorno dell'appetito e della facilità con cui si stabilisce l'assuefazione al regime declorurato, se non si trascura di indicare ai malati i piccoli mezzi culinari che permettono di mascherare per certi alimenti l'assenza del gusto del sale.

DALLA PRATICA, PER LA PRATICA

OSPEDALE CIVILE DI CLUSONE (BERGAMO).

I criteri che regolano la cura medica ed il trattamento chirurgico in alcuni casi di patologia addominale (*).

La colelitiasi.

Dott. PIETRO GILBERTI, chirurgo e dirigente.

La colelitiasi segna uno dei confini tra la medicina e la chirurgia, tanto che i progressi compiuti nella cura e nella conoscenza di questa forma morbosa sono il risultato dell'indagine del medico e del chirurgo, il quale operando compie, per così dire, le autopsie sul vivo e mentre perfeziona la tecnica al tavolo operativo, apprende l'anatomia patologica e chiarisce la diagnostica. Dice infatti il Kehr che quanto insegna una sola laparotomia, non si apprende nè in 20 sezioni anatomiche nè in 100 casi studiati al letto dell'ammalato. È quindi speciale compito di questo 5° contributo di illustrare e di rendere alla cura medica il suo giusto valore mettendo in luce l'opportunità della cura chirurgica. A questo mi lusingo di essere giunto avendo potuto stabilire sulla scorta dei lavori che sfuggono al medico pratico l'equa condotta tra la fretta dell'operazione e la eccessiva attesa della cura aspettante. Ma per necessità di completezza sento che il mio studio deve essere più generico e quindi diretto anche ad altre questioni che si riflettono sull'argomento e che hanno importanza nei riguardi particolari della scelta della cura.

L'*origine dei calcoli*, ad esempio, è certamente un particolare su cui non è lecito sorvolare: su di esso hanno scritto il Naunyn nel 1891, lo Stolz nel 1892, il Dominici nel 1894, il Luzzato nel 1897 e recentemente nel 1913 il Mayake: pur tuttavia noi siamo ancora ben

(*) Vedi 1921, pagg. 679, 789, 1110, 1466.

lungi dall'avere notizie esatte e persuasive. Il Kehr però, dopo d'aver enumerate le teorie diverse che si conoscono, come, ad esempio, quelle infettive, quelle del catarro colelitogeno (Naunyn), quelle della diatesi calcolosa (Riedel), quelle di un'affezione primaria del vago (Glaser), conclude secondo tre principî importantissimi, che cioè *la stasi della bile è causa di colelitiasi; che la formazione dei calcoli accade quasi esclusivamente nella cistifellea; che i calcoli del coledoco e dell'epatico provengono ordinariamente dalle cistifellee attraverso il cistico.*

La teoria batterica risale al Naunyn, ma essa ha incominciato a valorizzarsi solo dopo le esperienze del Fournier, il quale ha potuto dimostrare che il nucleo dei calcoli è costituito talvolta dagli epitelî delle vescichette e delle vie biliari desquamatisi sotto l'influenza di un processo d'angiocolite infettiva per lo più di origine coli bacillare. (Comunicazione alla Società di Biologia, Parigi, seduta 18 febbraio 1896. *Semaine Médicale,* 1866, n. 8).

Questa teoria suscitava tanto entusiasmo da far scrivere al Kehr: *non posso riconoscere una colecistite senza infezione; se in taluni casi non si trova l'elemento infettante, vuol dire che i mezzi d'indagine sono stati insufficienti o che l'infezione era già spenta prima dell'intervento operativo.* Vi sono infatti dei calcoli anche in vescichette non infiammate contenenti bile sterile; ed in tal caso Aschoff e Bacmeister riterrebbero sufficiente a produrre i calcoli la semplice stasi biliare. Ma come mai la stasi biliare può dar luogo ai calcoli?

La stasi biliare è sufficiente a produrre i calcoli perchè si renderebbe eccessivo l'assorbimento dei grassi neutri che sono fra i principali solventi della colesterina. E questo eccessivo assorbimento a sua volta quale causa può avere? La stasi stessa in quanto essa rende più densa la bile ed infiamma la cistifellea ed i canalicoli biliari.

Per questa infiammazione specialmente nella vescichetta biliare si rende più abbondante la secrezione delle ghiandole, perciò la bile, oltre che essere stagnante, si arricchisce anche di mucina e di sali di calcio. Avviene pertanto con facilità la precipitazione della colesterina, la quale o sui microrganismi stessi o sui detriti epiteliali o sugli accumuli di muco darà origine al calcolo. Degli studi più recenti hanno messo ora in chiaro che anche dalla bile sterile e filtrata tenuta alla temperatura del corpo umano possono precipitare quantità di colesterina (Aschoff e Bacmeister): così pure hanno stabilito che non solo il microrganismo e le cellule alterate delle mucose possono essere il nucleo del calcolo come abbiamo già accennato a proposito della teoria del Naunyn, ma il microrganismo in alcuni casi agisce decomponendo i sali biliari. Dobbiamo quindi ritenere importante nell'eziologia della calcolosi biliare l'eventualità di una malattia infettiva. Pare infatti che i microrganismi svolgendo dei fatti biochimici possono preparare la sostanza chimica che rende insolubile la colesterina decomponendo cioè gli acidi biliari, e finalmente i microrganismi possono essere causa di un processo infettivo e quindi infiammatorio della cistifellea, ed allora stimolano la secrezione delle ghiandole onde vengono in tal modo a favorire, sia pure in via secondaria, la precipitazione della colesterina e dei sali di calcio sulla mucina ipersecreta. Altro elemento pratico di importanza per l'eziologia e la patogenesi è la gravidanza. Durante tale periodo si verifica nella donna un grado di colesterinemia che secondo l'Aschoff dà una concentrazione considerevole della colesterina nella bile onde più facilmente ne segue la precipitazione.

Non ha ugual valore l'uso del busto per quanto si debba riconoscere che il numero degli ammalati di calcolosi epatica è maggiore nelle donne che non negli uomini; così come è superiore nei soggetti vecchi con atonia muscolare, o in quelli che fanno vita sedentaria od anche in certi individui nei quali la cistifellea non si svuota con giusta frequenza perchè i pasti sono scarsi ed irregolari.

L'opinione poi che le classi abbienti siano colpite di colelitiasi con speciale frequenza, non risponde alla pratica di tutti i giorni, poichè tale malattia si riscontra prevalentemente nelle classi povere. Io stesso ho fra le mie operate delle povere donne che per tutta la vita avevano fatto soltanto dei pasti frugalissimi. Nelle diverse teorie esposte che tenderebbero a spiegare l'origine dei calcoli havvi quella sostenuta dal Riedel, della ereditarietà su cui non v'ha dubbio in quanto non è difficile trovare madre e figlia affette da calcolosi del fegato. Nel 1919, subito dopo ritornato dal servizio militare, io ho appunto ripreso il mio lavoro professionale operando precisamente madre e figlia a breve distanza di tempo, levando alla prima un unico calcolo di gr. 80 ed alla seconda 117 calcoli di varia grandezza.

La teoria del Bouchard, quella della diatesi calcolosa, trova invece nel Kehr la più assoluta opposizione. Egli dice: *Per parte mia sono partigiano della teoria infettiva, perchè se la calcolosi delle vie biliari fosse una malattia costituzionale, la formazione dei calcoli nei dotti epatici e nel coledoco dovrebbe essere*

più frequente di quanto non sia, a cui si può aggiungere che *le recidive dovrebbero quasi essere la regola e non l'eccezione.*

Inoltre egli fa osservare che contro la teoria della diatesi parla l'osservazione *fatta regolarmente* in ogni colecistotomia, che col sondaggio del moncone cistico vediamo fluire della bile oro chiaro, mentre la cistifellea stessa contiene una bile torbida e purulenta. Ciò vuol dire che l'alterazione è locale, si inizia e si svolge nella cistifellea perchè la formazione dei calcoli è evidentemente legata a condizioni locali. Valga a consolidare questo concetto il fatto che tra la mucosa patologica, infiammata del collo della cistifellea e quella sana sottile del dotto epatico si trova un limite netto.

A rendere meno esatta e meno chiara l'idea sulla formazione dei calcoli ha gran parte il fatto che in molti casi i calcoli biliari non danno segno di sè e si mantengono latenti. Se la presenza dunque dei calcoli nella cistifellea può non dar disturbo, se il passaggio attraverso il coledoco può verificarsi senza dolore, quale sarà la vera causa dei disturbi gastrici e delle coliche violenti che rendono un individuo calcoloso un *malato di calcolosi biliare?* Sino a pochi anni fa era accettata l'idea che le contrazioni della cistifellea e del coledoco si fanno sentire come dolore. Ma osserva il Kehr che in tal caso ogni contrazione della cistifellea non infiammata dovrebbe essere sentita come dolore; quindi è l'infiammazione della cistifellea che dà la colica. O la cistifellea è in preda ad un processo flogistico primitivo o la presenza del calcolo nel coledoco produce l'ipertensione della cistifellea. In quest'ultimo caso per ciò che riguarda il dolore rientriamo nell' infezione della vescichetta biliare: è d'uopo concludere quindi col ritenere che l'infiammazione della cistifellea e la sua idrope son i veri agenti del dolore. Infatti la presenza del calcolo nel colletto della cistifellea e nel dotto coledoco causa edema ed ispessimento della mucosa, della muscolare e della sierosa da cui si crea il primo ostacolo al deflusso del secreto stagnante nella vescichetta biliare, ristagno che è causa dell'infiammazione. Si tratta in complesso di un circolo vizioso che ha però come caratteristica di prodursi con rapidità, quasi con violenza, al contrario dell'occlusione lenta da neoplasma, in cui sogliono mancare i dolori a tipo accessuale della colica biliare, al contrario finalmente del caso in cui sonvi i calcoli e manca l' infezione; allora gli anatomo-patologi possono trovare alla sezione del cadavere i calcoli senza che le informazioni assunte dai parenti lascino supporre che il morto si sia mai lagnato di dolori violenti. Nel caso della infiammazione avviene poi come nell'appendicite che il processo infiammatorio dell'interno dell'organo si propaga ai tessuti vicini. Ci crea pertanto una peritonite locale, una pericolecistite colle relative aderenze e coi relativi disturbi che ne seguono. E pur ammettendo che la forma acuta possa passare spontaneamente a guarigione per l'espulsione completa dei calcoli, nella maggioranza dei casi la colecistite ha la tendenza a farsi cronica. Allora abbiamo i segni più comuni delle forme croniche viscerali: ispessimento delle pareti ed ulcerazioni della mucosa della cistifellea onde si può giungere alla perforazione di essa nel cavo peritoneale, perforazione libera od incapsulata, alla stenosi del cistico ed anche all'atrofia ed al raggrinzimento della vescichetta biliare. A riguardo dunque delle cause della colica biliare è necessario concludere che nella produzione di essa lo stimolo meccanico dei calcoli ha una parte minima, in quanto che quasi tutti i sintomi della colelitiasi dipendono da infezione e da infiammazione.

Il Kehr a questo proposito sulla scorta di ben 1100 operazioni da lui eseguite inclinerebbe anche ad attribuire gli accessi di colica leggera ad un'infezione di minima virulenza: così che egli conclude ritenendo che siccome il quadro morboso ci si appalesa unilaterale, noi possiamo applicare una cura unilaterale la quale deve *essenzialmente combattere l'infezione e la infiammazione.* Ne seguirebbe come corollario una profezia molto azzardata ma seducente del Neusser, il quale dice: .... *ad essi* (ai chirurghi) *potrebbe però essere riservata la sorpresa che dinanzi alla scoperta di un siero antibatterico che riducesse allo stato latente la calcolosi, i loro interventi radicali subirebbero la stessa sorte che è toccata alla tracheotomia rispetto all'infezione difterica pura* (!). (Clinica contemporanea Leyden e Klemperer, vol. 5°).

Fino a quest'epoca felice il medico pratico per essere tuttavia nel giusto deve pensare ancora a preservare il malato da due estremi:

1° La fretta dell'operazione;

2° La eccessiva attesa.

***

Havvi anche in questa malattia come in molte altre un periodo in cui l'ammalato non ha alcun disturbo tanto se i calcoli sono grossi, quanto se essi sono piccoli; si potrebbe pensare a stabilire cioè un periodo per così dire del *libero intervallo* se sono precedute

coliche, o di *latenza* se non sono insorti ancora dei dolori. I calcoli per sè non danno dolore, è l'infiammazione della mucosa, è la bile infiammata e ristagnante che provoca la colica. E come è stato chirurgicamente dimostrato falso il concetto del Riedel, di passare al chirurgo solo i grossi calcoli mantenendo per l'internista quelli piccoli, così è privo di ogni fondamento pratico ritenere che non vi possano essere calcoli senza itterizia.

Il credere che l'ittero sia il sintomo caratteristico della calcolosi biliare è assolutamente erroneo. È intanto un sintomo di rara frequenza e quasi si può dire che è segno di complicanze e come tale ha un valore: esso ci richiama infatti a presupporre dei fatti infiammatori delle grosse vie biliari, alla stenosi ed all'occlusione del coledoco a cui corrispondono pertanto due varietà di ittero: l'infiammatorio ed il litogeno. Ciò che della questione sull'ittero particolarmente ci interessa è la conclusione a cui convergono di comune accordo i moderni studiosi dell'argomento, che cioè l'ittero è raro e trae preferibilmente origine più da un processo di colangite e relative alterazioni epatiche anzichè dall'ostruzione meccanica delle vie biliari che, ripetiamo, si presenta con minor frequenza.

Nè ha maggior importanza dell'ittero la tumefazione del fegato, poichè il chirurgo ha potuto constatare *de visu* al tavolo operatorio che il reperto laparotomico della tumefazione epatica non corrisponde quasi mai a quello rilevato colla percussione e colla palpazione: perciò si può dire che il fegato presunto grosso non è che abbassato oppure si è dato valore di tumefazione epatica a quella resistenza che in realtà si palpa talvolta lungo e sotto il bordo epatico, ma che invece è solamente la cistifellea ingrossata e l'omento ad essa aderente.

Anni or sono, direi prima che sorgesse la scuola dei moderni chirurgi specializzati nella cura medica ed operativa della calcolosi epatica a cui dobbiamo mettere a capo il Kehr, anni or sono coll'ittero e colla tumefazione del fegato formava un tripode sintomatico il dolore. Ma vediamo quale valore gli è restato. Innanzi tutto è assai vario, talchè o si manifesta con crampi alla fossa gastrica o si irradia a destra verso il dorso o si limita anche alla regione della cistifellea oppure si diffonde magari al lato sinistro. Si confonde perciò assai facilmente coi dolori di altre affezioni (rene mobile, ulcera gastro-duodenale, ecc.). Ha però una caratteristica per la quale conserva il suo valore sintomatologico: esso è accessuale, ed anche se è violento purchè passi subito è causa di una colica di cui il paziente facilmente si dimentica. Si calma col riposo in posizione laterale destra, col caldo-umido, e lascia come segno del suo passaggio un senso di pressione gastrica permanente coi punti dolorosi di Mac Burney.

Come nell'appendicite hanno valore i punti dolorosi di Mac Burney, del Lanz e del Sonnenburg così nella colica biliare due punti dolorosi sono di un'importanza reale: il punto di Boas situato a destra della colonna vertebrale all'altezza della XII vertebra e quello della cistifellea sotto il muscolo retto-addominale di destra. Rispetto alla causa di questo dolore bisogna anche qui rientrare nel concetto del solito processo infiammatorio delle vie biliari e della sua propagazione alla sierosa ed al peritoneo adiacente.

Con tali considerazioni, per quanto solo accennate, siamo già usciti molto dall'indole del presente lavoro; purtuttavia non è possibile entrare a trattare della cura senza che accenni anche alla febbre. Di solito quando essa esiste, ed è nei casi più gravi tanto acuti che cronici, specialmente nell'occlusione del coledoco, si verifica un brivido iniziale a cui segue rialzo termico rapido a 40°, il quale altrettanto rapidamente cade quando il dotto si riapre e permette che la bile si versi nel duodeno. La febbre è da ritenersi perciò dovuta ad accumulo di sostanze tossiche nel liquido biliare che ristagnando dietro un calcolo occlusore ne favorisce l'assorbimento.

***

Già abbiamo esposto come caratteristica della colecistite calcolosa nei riguardi della cura, che questa malattia appartiene al gruppo di quelle che segnano il confine fra la medicina e la chirurgia. Siccome in ogni confine si risvegliano le divergenze, è su queste che si fonda il nostro studio pratico.

La medicina moderna si prefigge giustamente di prevenire le malattie mediante la profilassi, e questa è propria del medico. Può l'intensità arrivare più oltre? può arrivare cioè allo scioglimento dei calcoli ed al ripristino delle vie biliari? alla disinfezione della cistifellea e della bile? Il Kehr risponde con un *no* decisivo. Nè le acque minerali, nè la bile sana non hanno mai disciolti i calcoli. Egli asserendo questo si riferisce alla sua ricchissima statistica di 1100 casi, alla sua pratica di maestro della chirurgia delle vie biliari ed all'autorità dello stesso Naunyn.

E si può aver fede nei colagoghi? Quale sarebbe il loro meccanismo di azione? Quello solo di aumentare la quantità di bile, la quale

dovrebbe contemporaneamente aumentare di pressione e colla sua più facile corrente portar fuori i calcoli dalla cistifellea. Se questo concetto così meccanicamente supposto può teoricamente appagare, in pratica non risponde con eguale effetto perchè alla scorrevolezza (mi si permetta la parola) della corrente biliare si oppone il valido apparato muscolare che fa da sfintere nel dotto coledoco. Del resto anche se i colagoghi servissero al medico procurando come sarebbe desiderabile l'esito del calcolo, non si può ritenere spenta l'infezione e l'infiammazione. Su questi due fattori della malattia forse la medicina può di più. E già molto, poichè se si riesce a spegnere l'infezione si riesce pure a sedare l'infiammazione ed allora cessa anche il dolore. Per il malato è tutto. Non così però deve essere per noi poichè non c'è nulla di sicuro sul passaggio completo dei calcoli, nulla ancora ci garantisce che la loro fonte si sia esaurita; essi nel più dei casi sono ancora là al loro posto, in attesa quasi di dar sentore di sè alla prima occasione, creata da una eventuale e novella infezione con relativo processo infiammatorio.

Il caldo ed il riposo sono i validi presidî di cura di questo stato specialmente nel periodo acuto.

Interessa forse di più la fase di cronicità: è qui che l'internista deve collaborare con noi. Per verità la lotta fra il medico restio, troppo restio all'intervento, ed il chirurgo è cessata. Il merito è di entrambi perchè, come si suol dire, si sono incontrati a mezza strada: la rinuncia del chirurgo ad intervenire in tutti i casi e forse appena fatta la diagnosi è valsa la decisione del medico a consegnare il malato al chirurgo nel momento opportuno e nei casi più adatti.

Quale è questo momento? Prendendo in considerazione la forma acuta potrei rispondere riferendomi a quanto ho esposto nel 3° contributo a riguardo della terapia appendicolare. Seguendo i principî dettati per l'appendicite, il medico pratico si deve sentire al suo posto, poichè dimostra d'aver apprezzato giustamente la sua parte ed i limiti a cui essa può giungere, nonchè di approvare la mutua e comune opera col chirurgo il quale è oggi in condizioni di poter dire al malato che deve essergli affidato quando gli può far sperare dall'arte sua. Dei risultati che ci dà la chirurgia della litiasi biliare dobbiamo essere soddisfatti: nei casi non complicati la mortalità raggiunge appena il 5 %, percentuale minima possibile ad ogni chirurgo che abbia un po' di pratica di chirurgia addominale e possa esperire l'opera sua nel momento opportuno, e cioè non dopo lunghe attese e dannose tergiversazioni per tentativi di cure mediche le quali vanno a danno dell'esito brillante dell'atto operativo. Nel qual caso è lecito chiedere di chi la colpa: del chirurgo o piuttosto del medico... Per verità il più delle volte ai tempi nostri è del malato stesso.

Qual'è la ragione principale di questa diffidenza? La paura della recidiva. Il risultato delle nostre operazioni viene cioè considerato come momentaneo e non duraturo come è in generale. Se così non fosse con quale serenità si potrebbe affrontare l'atto operativo? Anch'io personalmente non mi sarei accinto a scrivere questi contributi se convinto come sono della cura medica nelle forme che ho preso fin qui in esame ed in quelle che mi resta ancora a trattare per por termine alla modesta serie delle mie osservazioni pratiche, non fossi altrettanto persuaso del valore della cura chirurgica purchè essa venga condotta secondo una direttiva razionale ed eseguita nel momento più opportuno. Considerando per quel che valgono tutti i possibili disturbi che eventualmente insorgono in seguito di un'operazione per calcolosi, non è lecito parlare di recidive se non in qualche rarissimo caso. La recidiva per riproduzione di calcoli è rara, non infrequente quella dovuta ad altre cause, rappresentate dalla reinfezione e dalla infiammazione sotto forma di aderenze peritoneali.

Non è peraltro il caso di negare nemmeno per questo la recidiva reale: in alcune mie operate ho dovuto constatare l'insorgenza di nuovi dolori a breve distanza di tempo dall'operazione. Ho visto uscire calcoli e nuclei di calcoli (cioè piccoli granelli provenienti dal dotto epatico). È però lecito chiedersi se questo fatto può veramente essere considerato come recidiva reale, cioè come una neoformazione di calcoli, molto più ora che le operate sono guarite e si mantengono tali, o se piuttosto non sia da considerarsi come la continuazione e la fine del processo infettivo ed infiammatorio sostenuto nella cistifellea e nelle vie biliari da qualche calcolo o nucleo di calcoli che all'atto operativo sono sfuggiti alle mie indagini.

Ed ora, senza entrare nella discussione del metodo da preferirsi per la cura operativa, non posso rinunciare ad esporre quale è il più adatto.

La cura ha di mira il risultato permanente il quale trova la sua triplice base sulla eliminazione dei calcoli e dei loro frammenti, il ripristino della permeabilità delle vie biliari e l'allontanamento della bile infetta. Escludendo la cistecolisi o colecistotomia in quanto se da

un lato potendola eseguire nel caso che si presta e pur riuscendo (quando riesce) è operazione brillante assai, ha però i caratteri dell'intervento azzardoso. Quando dovesse riuscire ridonerebbe senz'altro guarito il paziente in breve tempo come un comune ernioso, ma nel caso disgraziato porterebbe a dover riaprire d'urgenza la ferita e rientrare nelle altre due operazioni che sono più praticamente utili nelle mani del chirurgo: la colecistostomia e la colecistectomia. Colla creazione di una fistola viene conservato l'organo da cui abbiamo però levati i calcoli e la bile infetta, coll'ectomia viene asportato addirittura quest'organo che in realtà rappresenta precisamente il sito d'origine dei calcoli ed il tessuto in cui si annida l'infezione e su cui si svolge il processo flogistico.

Come dunque non persuadersi che la seconda operazione è la sola veramente radicale? In pratica però non perde il suo valore nemmeno la prima: a seconda dei casi si suole scegliere fra le due.

A noi interessa sapere quando si deve dare la preferenza all'una e quando all'altra. È difficile stabilire la condotta sistematica del chirurgo: ognuno ha motivi personali di orientarsi piuttosto verso la *conservativa* e verso la *radicale* a seconda del caso. L'ectomia, ad esempio, è consigliabile solo quando nel cistico e nel coledoco non vi siano calcoli o essi con piena sicurezza siano stati levati totalmente. Ad ogni modo ciò che è caratteristica della tecnica che deve essere seguita in quest'atto operativo così d'importanza è il drenaggio dell'epatico con cui si stabilisce lo sfogo alla bile infetta e si dà esito ad eventuali calcoli rimasti o provenienti ancora dalle vie epatiche più alte.

La superiorità di questa operazione riesce palese assai quando si pensa che con tale metodo noi togliamo di mezzo l'organo dove la bile ristagnando si altera; creiamo, cioè, un dotto unico *epatocisticocoledocale* in cui la bile deve defluire continuamente e regolarmente. Non è però esclusa neanche per la ectomia la recidiva; perciò e se si vuole anche per ragioni fisiologiche che non si possono disconoscere alla cistifellea — oltre il suo compito di far da serbatoio — il Mayo propende ancora per la stomia. Le due scuole che sono ancora tra loro in contesa sono appunto rappresentate dal Kehr per l'ectomia e dal Mayo per la stomia.

Indubbiamente dice il Donati le odierne nozioni sulla patogenesi e sull'anatomia patologica della colelitiasi giustificano piuttosto la tendenza all'ectomia (Carle, Alessandri, D'Urso, D'Antona, Giannettasio, Biondi, ecc.), il che non significa che l'ectomia sia sempre l'operazione di elezione. E se poi sulla stomia può nascere dubbio del carcinoma della cistifellea che rimane in posto e che fu cronicamente infiammata, non posso rinunciare all'altro dubbio inerente agli esiti dell'ectomia, voglio dire alla stenosi delle vie biliari, mentre debbo pur convincermi per pratica che lo zaffamento della cistifellea è sufficiente a detergere, a purgare direi anzi, a mutare la sua mucosa.

Analizzando i concetti informativi delle due scuole e tenendo conto di quanto anche da noi illustri clinici e valentissimi primari d'ospedale hanno insegnato e pubblicato a tale riguardo mi parrebbe di poter venire alle seguenti conclusioni pratiche:

1° Non è conveniente sottoporre tutti i casi di colelitiasi all'operazione appena se ne è fatta la diagnosi, così come non è lecito di passare al chirurgo i soli casi complicati;

2° Alla cura medica si deve riconoscere un indiscusso valore, ma non devono essere eccessive le nostre speranze in essa: anche nell'attesa si deve sempre essere pronti per l'intervento;

3° Le lunghe tergiversazioni, quelle che sorpassano i limiti di una giusta prudenza, peggiorano senz'altro i risultati chirurgici;

4° L'occlusione acuta del coledoco non complicata deve essere ritenuta di spettanza del medico;

5° Così pure l'ittero con espulsione regolare di calcoli, a meno che il malato stremato dalle coliche non tenda a deperire;

6° Appartengono alla chirurgia tutte le complicanze e gli esiti della colelitiasi;

7° Non hanno importanza per la decisione il volume ed il numero dei calcoli;

8° La scelta del metodo è difficile e di grande responsabilità.

COMMENTI.

Sulla profilassi della febbre tifoide.

Dott. ANDREA FERRI.

Nel *Policlinico*, Sezione pratica, del 28 novembre 1921, leggo alcune considerazioni epidemiologiche sulla febbre tifoide, in rapporto ai risanamenti idrici.

Nella breve nota sono riportati i risultati di un accurato studio statistico fatto da V. Puntoni (*Annali di Igiene*, 1920, nn. 11 e 12) allo scopo di stabilire se ed in quale misura sia scemata la mortalità ileotifica, per opera delle provvidenze igieniche riguardanti l'acqua potabile. Tali risultati, invero poco confortanti, portano alla conclusione: «*che i risanamenti idrici non hanno apportato radicali cambiamenti nel movimento generale* (*secolare*) *e nei movimenti accidentali* (*annuali*) *del fenomeno e non hanno modificato sensibilmente l'abituale andamento epidemiologico della febbre tifoide nei luoghi dove sono stati attuati*». Ad attenuare il pessimismo della suaccennata constatazione si aggiunge: «*Questo però non implica la svalutazione della teoria idrica della febbre tifoide, nè il discredito per le opere di risanamento idrico; probabilmente con l'attuazione di mezzi più idonei, con una sorveglianza più rigorosa sugli impianti, l'abbassamento della mortalità in seguito a riforme idriche potrebbe farsi più sensibile di quello finora osservato*». Quest'ultima *fiche de consolation* non toglie valore ai fatti statisticamente provati, i quali dimostrano che i provvedimenti riguardanti l'acqua potabile, utili e necessari in quanto concorrono al risanamento igienico generale, poco hanno giovato allo scopo precipuo della profilassi antitifica.

Io rilevo che il recente lavoro del Puntoni, nelle sue conclusioni, riportate dal *Policlinico*, concorda con quanto ebbi ad affermare undici anni or sono, scrivendo le mie modeste osservazioni sulla febbre tifoide nel Comune di Sala Bolognese (1). Parlando del modo di diffusione, io dicevo allora: «... *non posso attribuire all'acqua potabile quell'importanza che da taluni le si vuol dare; per quanto vale la mia modesta esperienza, posso dire che essa a me pare assai poco in causa nella presente endemia tifica*», e più avanti, accennando ad una eventuale azione predisponente dell'acqua di cattiva qualità: «*devo dire che non ho trovato alcuna differenza per lo sviluppo del tifo fra quelle case che avevano acqua buona e quelle che avevano un'acqua quasi melmosa e citerò, per quello che vale, questo fatto: due casi di tifo gravissimo si svilupparono in una casa che, per eccezione, era provvista di un'ottima acqua di fonte; molte altre che hanno acqua pessima non furono mai visitate dal tifo*», e ancora: «...*qualora si potesse anche ottenere, nei luoghi ove questa malattia è endemica, un sistema ideale di approvvigionamento dell'acqua, non verrebbe tolta l'endemia...*».

(1) FERRI A. *Un quadriennio di endemia tifica.* — Bullettino delle scienze mediche. Bologna, 1911.

In una pubblicazione successiva (1), continuando nell'osservazione del fenomeno, scrivevo: «*Il concetto della diffusione idrica del tifo ha generato vari equivoci ed ha, a parer mio, nociuto alla profilassi della febbre tifoide, inquantochè, troppo generalizzato o malinteso, ha indotto molti a vedere in ogni infezione tifosa un accidente di inquinamento delle acque potabili e quindi ad attuare una profilassi indiretta ed unilaterale, magari trascurando i provvedimenti più urgenti che riguardano il pericolo di contagio nella persona stessa del malato*».

Questi concetti io fui indotto ad esprimere dal vedere come in pratica non si tenesse gran conto di questa contagiosità diretta della febbre tifoide, che a me sembrava avere importanza predominante nello svolgimento della manifestazione epidemica.

In ogni ciclo epidemico annuale (esacerbazione estivo-autunnale dell'endemia) non era difficile riconoscere che la maggioranza dei casi proveniva da un vero contagio, cioè dalla trasmissione del germe dal malato ai sani, senza l'intervento del veicolo idrico. In altri casi, rappresentanti per lo più il primo tempo del ciclo suindicato, la genesi era più oscura; non mi pareva tuttavia logico incolparne l'acqua potabile, data la breve resistenza in essa del b. di Eberth e non essendovi tifosi recenti che avessero potuto infettare i diversi pozzi.

Non mi è quindi cagione di sorpresa il fatto che i risanamenti idrici non abbiano sensibilmente influito sulla mortalità ileotifica, mentre è da ritenersi che una diminuzione notevole dei casi di febbre tifoide si possa ottenere, col rendere praticamente attuabile l'*isolamento del malato*.

Sala Bolognese, dicembre 1921.

(1) FERRI A. *Del contagio tifico e della conseguente necessità di isolare i tifosi.* — Rivista medica, giugno 1912.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La tubercolosi acuta nel corso delle epatiti alcooliche.

L'anergia epatica.

(FIESSINGER e BRADIN, *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 192¹, n. 28).

Sappiamo già, circa i rapporti delle cirrosi alcooliche con la tubercolosi, che in un gruppo di malattie la tubercolosi sembra intervenire nel determinismo stesso della cirrosi (*cirrosi tubercolari* tipo Hutinel e Sabourin o Hanot e Lauht, o Triboulet, o Roque e Cardier) mentre in un altro gruppo la tubercolosi evolve a lato della cirrosi (*tubercolosi epifenomeno*).

È difficile clinicamente precisare l'inizio dell'associazione tubercolosi-alcool sul fegato; essendo, per così dire, l'alcoolismo una condizione inevitabile nell'adulto.

È certo però che cirrosi acute e febbrili (*cirrosi maligne* di Castaigne e Chiray) sviluppandosi in alcoolisti, presentano sempre all'autopsia una eruzione tubercolare peritoneale o polmonare. La storia clinica può in questi malati esser nettamente divisa in due parti: una prima tappa di cirrosi alcoolica con ascite, una seconda con ittero ed insufficienza epatica, con accentuazione dei disturbi nervosi dell'alcoolismo e, specialmente, con febbre oscillante fra 38° e 39°. La prima tappa della durata da sei a venti mesi, la seconda della durata di qualche settimana, magari di qualche giorno.

Fiessinger e Bradin mettono tale fatto in evidenza e descrivono cinque osservazioni da essi eseguite negli ultimi anni.

In tutte le cinque osservazioni si ritrova un terreno presso a poco identico: si tratta di donne, dai trenta ai cinquanta anni, spiccatamente alcooliste, mai con nette manifestazioni tubercolari.

All'autopsia si trova quasi sempre una lesione tubercolare, ma antica, fibrosa o fibrocaseosa, polmonare, pleurica, o gangliare, limitata.

Queste malate hanno accusato tutte all'inizio, un dimagramento rapido con anoressia: più tardi è comparsa ascite o subittero. La febbre sembra giungere in ultimo con i segni della grande insufficienza epatica. Non si tratta qui di cirrosi a decorso acuto, ma di cirrosi che improvvisamente precipitano.

L'ascite non è in essi costante, e varia per abbondanza e, quel che è importante, malgrado l'elevata densità del liquido e una Rivalta positiva, la formula citologica non è linfocitaria pura. Questo fatto prova, secondo l'A., la natura meccanica dell'ascite cui secondariamente e tardivamente si aggiunge l'infezione tubercolare.

Le lesioni cirrotiche non sono sempre le stesse: spesso si tratta di cirrosi ipertrofiche grasse. La eruzione tubercolare varia come sede.

Partendo appunto dalla differente e variabile ripartizione del processo tubercolare, dall'incostanza del tipo anatomico di cirrosi, dalla nettezza evidente di due tappe evolutive, l'una lenta e torpida, l'altra acuta e febbrile, dal contrasto fra lesioni antiche e eruzioni tubercolari recenti e senza processi di sclerosi, gli AA. ammettono che la cirrosi etilica è il fatto primitivo e l'eruzione tubercolare il fatto secondario.

La lesione epatica di origine epatica crea uno stato di meiopragia che favorisce il risveglio e la generalizzazione di una infezione tubercolare anteriore. Questo speciale stato ha come corollario la frequenza dell'infezione tubercolare nel corso delle cirrosi.

I classici attribuiscono questa frequenza della tubercolosi all'intossicazione alcoolica. Gli AA. pensano che la ragione è ben diversa, e ciò per due ragioni:

1° negli alcoolisti nervosi o gastrici o latenti, la tubercolosi è meno frequente che negli alcoolisti colpiti da varie forme di degenerazione epatica;

2° il terreno epatico in insufficienza epatica, come quello dei cirrotici, si mostra, in presenza dell'intossicazione tubercolare, in stato meiopragico la cui manifestazione clinica ci è data dalla cutireazione alla tubercolina.

La cutireazione alla tubercolina è negativa quasi sempre nel corso di affezioni che indichino un disturbo serio della funzione epatila. Lo stato delle funzioni del fegato ha una importanza capitale: è così che nelle cirrosi iniziali, senza alcun segno di insufficienza epatica, la cutireazione è ancora positiva per divenire negativa quando compaiono questi segni.

In mancanza di altra possibile spiegazione, Fiessinger e Bradin spiegano questa assenza di reazione locale alla tubercolina con l'esistenza di uno stato anergico simile a quello che si osserva nel morbillo e nel tifo: esiste una *anergia epatica* in rapporto con l'insufficienza funzionale del fegato.

Questa anergia, in rapporto con il disturbo della funzione di un organo così importante nella lotta contro l'infezione tubercolare, come il fegato, spiega la ragione dello scoppio tubercolare terminale durante le epatiti croniche ove domina la lesione parenchimatosa.

MONTELEONE.

Vizi cardiaci e tubercolosi polmonare.

(F. KELLNER. *Zeitschrift f. Tuberkulose*, n. 1, 1921).

L'esistenza di un vizio valvolare diminuisce notevolmente la disposizione alla tubercolosi polmonare; però esistono dei casi (secondo l'A. il 1/2 % dei tubercolosi) in cui le due affezioni si trovano combinate.

I vizi valvolari alterano la resistenza normale dell'individuo alla tubercolosi probabilmente in seguito alle abnormi condizioni che essi creano nella circolazione dei polmoni. La stasi e l'iperemia dei polmoni rendono difficile l'attecchimento della tubercolosi, come l'hanno confermato anche esperienze su animali (Tiegel) mentre la condizione opposta, l'anemia (ipoplasia del cuore e delle grandi arterie, in ispecie della polmonare, nel « tipo astenico ») crea nei polmoni una speciale disposizione alla tubercolosi.

Nel valutare le condizioni circolatorie dei polmoni si deve ricordare che essi ricevono sangue da due sistemi di vasi: dall'arteria polmonare e dall'aorta per la via dei vasi bronchiali.

Esaminando uno a uno i singoli vizii cardiaci, nell'*insufficienza della mitrale* la stasi polmonare diminuisce la disposizione alla tubercolosi. Però nei casi lievi la stasi può essere minima come può del tutto sparire nei periodi di buona compensazione: in questi periodi può localizzarsi ed estendersi nei polmoni un processo tubercolare. Nella *stenosi della mitrale* esiste costantemente un'iperemia dei polmoni, la coincidenza occasionale molto più rara che nella insufficenza di tale vizio con la tubercolosi non si può dunque spiegare come nel vizio precedente.

L'A. enuncia una ipotesi affatto dimostrata: nella stenosi mitralica può esistere un'anemia nel grande circolo, e quindi in quella parte del tessuto polmonare irrorata dalle arterie bronchiali; in queste zone malgrado l'iperemia nel resto dei polmoni si potrebbe localizzare la tubercolosi. Tale ipotesi vale più ancora per i casi di *stenosi aortica* combinata con tubercolosi polmonare.

L'*insufficenza aortica* lascia inalterate le condizioni circolatorie nel polmone; è infatti, secondo molti, il vizio che più di frequente si osserva combinato con la tubercolosi.

Grave è l'anemia dei polmoni nella *stenosi della polmonare*. Ciò crea una grandissima disposizione alla tubercolosi del polmone, che colpisce il 50 % degli individui affetti da tale vizio. Anche nell'*insufficenza della tricuspide* esiste un certo grado di anemia polmonare. Si deve ammettere che, se anche raramente, dei polmoni iperemici possano ammalare di tubercolosi..

L'A. non ha in generale potuto constatare alcuna influenza dei vizî cardiaci sul decorso ulteriore della tubercolosi polmonare.

POLLITZER

CHIRURGIA.

Sulla miosite ossificante traumatica.

(CH. F. PAINTER. *The Boston med. a. Surg. Journ.*, 14 luglio 1921).

L'A. riferisce un caso personale, di un marinaio colpito alla faccia anteriore della coscia sinistra mentre giuocava al foot-ball. Guarito dalla contusione ebbe una distorsione al ginocchio sinistro: l'esame radiologico (13 novembre 1919) fu negativo. Il 28 novembre subì una seconda distorsione dello stesso ginocchio; la puntura esplorativa estrasse sinovia. Rimase a lungo degente; il 13 febbr. 1920 la radiografia, e il 27 febbraio l'intervento, mostrarono una massa di tessuto osteoide nello spessore del tendine del quadricipite, immediatamente sopra la rotula, in intimo rapporto con essa. Circa un mese dopo si rese evidente, a metà della coscia, una massa ossea nello spessore del quadricipite, ed un'altra, allungata, aderente all'osso, che presentava connessioni con la precedente. Furono asportate, e il paz. guarì, ricuperando quasi per intero anche la flessione. Frequenti radiogrammi presi dipoi, furono sempre negativi.

È notevole il doppio focolaio di ossificazione (nel tendine e nel muscolo), che è raro.

L'A., con la scorta della letteratura, discute il problema patogenetico, e il diagnostico, della miosite ossificante traumatica circoscritta, che distingue dalla m. o. progressiva, e dalla m. o. professionale, che ha sede in determinate regioni soggette a ripetuti piccoli traumi.

La massima frequenza si ha nell'età giovane e media, e nel sesso maschile. I muscoli più colpiti sono il brachiale anteriore, il quadricipite estensore, il lungo abduttore, il bicipite

brachiale. L'ossificazione avviene generalmente in 1-2 mesi, talora in parecchi mesi o anni.

La patogenesi da trapianto nel muscolo di un frammento di periostio è stata provata con l'esperimento sui conigli da Berthier. E il distacco periosteo è frequente nei non rari traumi che colpiscono tangenzialmente un muscolo contratto. Binnie non trova accettabile la teoria della osteogenesi da germi embrionali aberranti: inclina piuttosto verso la teoria di Ziegler dell'equivalenza dei connettivi e della metaplasia, che sembra necessaria a spiegare l'osteogenesi ad es. nelle cicatrici delle ferite addominali, nelle pareti delle cavità ascessuali (Virchow), ecc. Tale metaplasia sarebbe sempre consecutiva a fatti infiammatorî.

Per la diagnosi differenziale Finney ricorda contusioni, ematomi, miositi, periostiti, osteomieliti, esostosi, sifilide, gotta, sarcomi. È contro l'intervento precoce, essendo frequente la riduzione o la degenerazione totale del nuovo osso. La più importante diagnosi differenziale è quella col sarcoma. Secondo Coley il sarcoma sorge di preferenza presso le epifisi, cresce continuamente, non è uniformemente duro: la miosite ossificante è di uniforme durezza, cresce di regola per due o tre mesi, preferisce la parte media della diafisi. Ai raggi ha limiti netti, ben separati dal profilo dell'osso, mentre il sarcoma periosteo ha limiti meno netti, e spesso presenta dentellature che s'ingranano con l'osso dal quale deriva. Coley riporta un caso, finora unico, di trasformazione neoplastica di una miosite: nel dubbio col sarcoma, consiglia l'operazione.

Marley, che considera il periostio una membrana limitante l'accrescimento dell'osso, crede che lesioni di continuo anche minime del periostio facciano migrare osteoblasti, che giunti in un coagulo o nel muscolo contuso lo organizzerebbero in tessuto osteoide. Deduce il corollario terapeutico di coprire con lembi di fascia l'osso denudato per impedire il formarsi o il riprodursi di miositi ossificanti. La teoria e il consiglio non hanno incontrato favore. Essa non spiega perchè in molte fratture e lussazioni, con lesione del periostio, non si hanno focolai di miosite ossificante.

Gould nota la possibilità che in miositi scambiate per sarcomi e curate col radio, la spontanea riduzione venga attribuita alle virtù curative di questo. Tale tendenza alla riduzione spontanea avvicina i focolai di miosite ossificante al callo osseo.

Davis e Hunnicut in seguito ad esperimenti conclusero che generalmente i lembi di periostio liberi producono osso solo se vi è aderente qualche scheggia; che i lembi peduncolati producono osso solo verso il peduncolo.

Pertanto l'A., riprendendo una vecchia idea di Virchow, pensa esistere una diatesi ossifica, la quale, in alcuni, senza verun trauma, dà origine alla miosite ossificante progressiva, che si vede nei giovani, e colpisce praticamente tutti i muscoli striati; in altri l'ossificazione ha luogo per traumi piccoli e ripetuti, in altri per traumi unici e violenti.

Non gli sembra sufficientemente provata la teoria del trapianto periosteo: non concede che possano esistere due gruppi di miositi ossificanti a etiologia differente, sviluppandosi tutte in condizioni obbiettive assai simili. Da ciò trae argomento a conferma della sua teoria, che non gli sembra completamente al coperto dalla critica. DORIA.

NEUROLOGIA.

Trattamento del dolore persistente da lesioni del sistema nervoso centrale e periferico.

L'argomento fu discusso alla Società Reale di medicina di Londra (*The Lancet*, 19 novembre 1921).

V. Harris propone una classificazione anatomica e distingue:

1° *Cause periferiche.* — I dolori da inclusione di terminazioni nervose sensitive in cicatrici, talora minime, possono persistere molti anni; spesso seguono a contusioni: alla regione lombare possono dar luogo a scoliosi. L'iniezione di alcune gocce di alcool forte nella zona dolorosa ha dato buoni risultati.

La nevralgia del trigemino può dipendere da nevrite settica dei filamenti dentari nella mascella: è più frequente a destra, nelle donne, nell'età media (specialmente la forma non parossistica), preferisce la mascella superiore. Cura di scelta è l'iniezione di alcool nel ganglio di Gasser, applicabile anche nei casi bilaterali. L'intervento sulle singole branche è inutile, mentre giova nel vero tic doloroso: cessano anche i movimenti riflessi del dolore, ma non lo spasmo facciale; a tal uopo è necessaria l'iniezione di alcool nel facciale stesso.

La nevralgia genicolata e a zoster del padiglione, che segue talora alla paralisi del facciale, e può estendersi alla parte alta del collo, può persistere per mesi: se ne è tentata la cura con la sezione della *pars intermedia.*

La nevralgia glossofaringea è rarissima; può simulare un tic doloroso: è stata curata con la sezione del nervo dietro la mandibola.

2° *Malattie dei tronchi nervosi.* — I tumori alla base del cervello e i polipi nasofaringei possono simulare una nevralgia essenziale del

trigemino, ma presto segue paralisi sensitiva o motrice, o fenomeni di compressione (diplopia, sordità da occlusione della tromba).

Le nevriti gommose del trigemino danno dolore persistente non parossistico, e poi anestesia nel territorio di distribuzione: la R. W. positiva e l'esito favorevole della cura antiluetica accerteranno la diagnosi.

I sintomi dolorosi da compressione di una costola (cervicale soprannumeraria, o 1ª toracica) sul plesso brachiale sono più frequenti nella donna: generalmente si ha dolore variabile, ma persistente al collo e al lato interno dell'avambraccio, con anestesia del bordo ulnare e ipotrofia dei muscoli della mano.

La causalgia, frequente durante la guerra, è spesso dovuta a piccole lesioni dei tronchi nervosi, e di solito si giova di iniezioni di alcool nel nervo a monte della lesione.

3° *Lesioni delle radici posteriori e loro gangli.* — Nelle nevralgie posterpetiche la rizotomia non fu sempre giovevole. L'*ematorachis* talora è causa di dolore a distribuzione radicolare.

4° *Sclerosi centrale del midollo o del talamo.*

Furono causa di dolore, talvolta, tumori intramidollari, la siringomielia, la siringobulbia; la sindrome cerebellare postero-inferiore fu talora cagione di nevralgia persistente del trigemino.

5° *Psichialgie.* — Si riconoscono per la distribuzione, ma talora soltanto dopo il fallimento della terapia.

Ricorda che un dolore profondo persistente, associato a decadenza fisica, deve far pensare a un tumore maligno.

W. Thornburn distingue invece:

a) dolori da lesioni ben definite: posta la diagnosi è generalmente facile la cura; ad es., asportazione della costola che comprime il plesso brachiale. Ma talora, essendosi prodotte lesioni ascendenti, fu necessario ricorrere alla rizotomia posteriore;

b) dolori da lesioni non ben definite. Nei cosiddetti neuromi d'amputazione, la lesione risale talora fino alle radici.

Nella causalgia dopo la resezione del tratto di nervo leso dovè ricorrere alla rizotomia, senza peraltro ottenere sempre la guarigione.

Le cicatrici del cuoio capelluto possono cagionare lunghe sofferenze: egli le ha curate interponendo membrane inerti tra l'osso e le parti molli.

Ritiene che l'operazione di Hutchinson (resezione della parte del ganglio di Gasser unita alla 2ª e alla 3ª branca) sia curativa per le nevralgie del trigemino, e non esponga l'occhio a pericoli, come l'iniezione di alcool.

Ritiene che i dolori posterpetici non si giovano della rizotomia; i tabetici ne hanno spesso giovamento (specialmente nelle crisi gastriche), ma la mortalità operatoria è troppo alta (oltre 10 %).

Nelle nevralgie sciatiche, brachiali, propone di esporre il nervo tratto per tratto onde scoprire e rimuovere la causa: ma finora ebbe scarsi risultati;

c) dolori in cui non è dimostrabile alcuna lesione (vere nevralgie). Ricorda però che le nevralgie persistenti possono esser sintoma di tumore midollare.

Rileva poi la difficoltà di giudicare gli effetti della terapia, mancando una misura oggettiva del dolore. Talora ad un'algia organica guarita fa seguito una psicalgia, nella stessa sede, o in altra.

G. Holmes nota che i dolori della siringobulbia possono simulare una nevralgia del trigemino: ogni intervento sul ganglio di Gasser è in tal caso inutile.

K. Wilson ricorda di aver guarito la metatarsalgia mercè iniezioni di alcool.

P. Sargent ha poca fiducia nella rizotomia. Riferisce di una causalgia che fu guarita con la sezione delle radici posteriori, mentre erano state inutili l'iniezione di alcool nel plesso brachiale, l'asportazione del simpatico perivasale della succlavia e la sezione del ramo comunicante del 1° nervo toracico.

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

L. BERNARD. *La tuberculose pulmonaire.* (Études de Phisiologie clinique et sociale). — Masson, ed., 1921. Prezzo fr. 10.

Il volumetto contiene studi di tisiologia clinica e sociale, che L. Bernard ha riunito, scegliendo in maniera organica alcune delle sue lezioni, dettate all'ospedale Laënnec e alla Facoltà di medicina.

Egli ha cercato così di raccogliere la maggior parte dei fatti importanti, messi in luce dalle moderne ricerche di questi ultimi anni, e li ha tra loro collegati con un filo conduttore, che risponde, secondo l'A., ai dati sperimentali. Tale concetto direttivo trova il suo svolgimento in capitoli pieni di vivacità, che spesso risentono della personalità dello scrittore. Citerò i capitoli *sulla infezione* e *sull'immunità tubercolare,* sulle *forme anatomocliniche della tubercolosi polmonare,* quello sull'*adenopatia tracheobronchiale tubercolare dell'adulto,* ed infine i capitoli sui *fattori sociali e sulla profilassi sociale della tubercolosi.*

In un momento in cui tanta discussione circonda i problemi che riguardano l'infezione e

le malattie tubercolari, il libro di Bernard si può consigliare non come un trattato, di esso non nè ha la mole nè lo scopo, ma come una raccolta di ottime conferenze di battaglia.

t. p.

CH. DOPTER. *L'infection Méningococcique*. Ballière, éd., Parigi, 1921. Fr. 48.

Sull'infezione meningococcica in questi ultimi anni studi numerosi sono stati compiuti sia nei riguardi del germe (vari tipi di meningococco) sia nei riguardi delle forme cliniche dell'infezione meningococcica. La ripercussione benefica di queste ricerche, sia sul riconoscimento dei vari quadri clinici, sia sull'indirizzo terapeutico (qualità dei sieri terapeutici e vie di somministrazione) non è chi non veda chiaramente.

Dal tempo in cui del meningococco si parlava come di un germe a proprietà costanti, dal tempo in cui quasi tutta la patologia si riduceva alla localizzazione meningea, molto cammino è stato fatto. A questi progressi il Dopter ha contribuito con le sue iniziali ricerche sui meningococchi e sui parameningococchi, con le consecutive pubblicazioni sulle sepsi meningococciche coi quadri clinici delle complicazioni più svariate. Il volume, che, in accurata veste tipografica, ci presenta la benemerita casa Ballière, viene a proposito perchè riunisce in sintesi completa le conoscenze sul germe e sui quadri clinici; nessuno meglio del Dopter poteva essere chiamato a compiere l'opera di radicale riforma delle cognizioni sull'argomento.

L'opera, concepita con larghezza di vedute, tratta dell'epidemiologia, della bacteriologia, in capitoli densi di notizie e di fatti, dopo lucide premesse intorno alla concezione sulla natura dell'infezione meningococca; seguono le determinazioni anatomo-cliniche (rinofaringite, setticemia, con le relative complicanze, meningite cerebro-spinale, e complicanze). La trattazione della terapia e profilassi chiude il volume.

L'attenzione degli studiosi e del pratico è richiamata da questo libro su un capitolo ancora irto di difficoltà teoriche e ricco di felici applicazioni.

t. p.

MARTINI E. *Berechnungen und Beobachtungen zur Epidemiologie und Bekämpfung der Malaria*. Un vol. in-8 di 107 pag. — W. Gente, ed., Amburgo, 1921.

La questione della malaria si rivela ogni giorno più complessa e ben lontana dal semplicismo di un tempo, quando si era stabilita l'equazione uomo infetto + anofele + x = epidemia malarica; ora, quell'x si è di molto ingrossata e sud-livisa, e lo studio più approfondito del problema, invece di avvicinarci alla soluzione, sembra apprestarci nuove incognite e suggerirci nuove ipotesi. Il lavoro del Martini, pure basandosi sulle osservazioni fatte nella campagna antimalarica in Macedonia, rappresenta un primo saggio di affrontare *sistematicamente* la questione col sussidio della matematica. Qualche analogo tentativo era stato fatto da Ross, e, da Lucaroni e Sella, applicato alla particolare questione sull'influenza del bestiame domestico sul regime malarico. L'A. prende in considerazione molti lati del problema e li risolve con l'analisi matematica, isolando così le diverse variabili: evidentemente, ottiene per tal modo risultati teorici, di cui l'esattezza va poi cimentata nella pratica. Così gli sviluppi matematici gli permettono di dimostrare che nella malaria estivo-autunnale, gli individui punti più volte da anofele infette possono essere 19 volte quelli punti una sola volta, nella terzana lieve i primi possono essere il decuplo dei secondi. Per quanto riguarda la profilassi chininica, l'A. stabilisce col calcolo una curva, secondo la quale il numero dei malarici fra i profilassati è dapprima 1/4 - 1/5 di quello dei non chininizzati: ma con l'avanzarsi della stagione, le due curve si avvicinano ed il numero dei malarici profilassati può superare quello dei non profilassati. La profilassi chininica non farebbe dunque che spostare lo scoppio epidemico: essa è troppo debole per impedire la formazione di gameti e quindi i chininizzati, anche senza febbri, possono diventare portatori; essa però può rendere utili servizi, come è avvenuto sul fronte balcanico, che, altrimenti, sarebbe stato rotto.

Altre questioni, trattate dall'A., riguardano l'andamento dell'epidemia in periodo di molti anni, la geografia e la ripartizione locale della malaria, la dottrina dell'unicità (l'A. è pluralista), le equazioni generali dell'epidemia, il trattamento chininico, ecc.

Il lavoro merita seria considerazione: purtroppo esso non è di agevole lettura ed esige per l'esatta comprensione la conoscenza di certe parti della matematica (calcolo differenziale ed integrale) affatto ignote alla maggior parte dei medici.

fil.

P. L. BOSELLINI: *La dermatologia nei suoi rapporti con la medicina interna*. — Soc. Editr. Libraria, Milano. — L. 70.

Pochi libri possono vantare un titolo altrettanto seducente e per gli studiosi e per i medici pratici, quanto questo bel volume del Bosellini.

La dermatologia, chiusa in una rocca fatta di morfologia descrittiva, protetta dalle asprezze non sempre accessibili di un suo proprio astruso linguaggio convenzionale, modestamente fornita di armi terapeutiche quasi tutte a portata locale e ad effetto impreciso, illudendosi di poter esercitare il suo dominio sulla pelle come se questa fosse un organo isolato da ogni rapporto col resto del corpo; la dermotologia, dicevo, e per lungo tempo rimasta staccata dal rimanente della medicina, quasi misteriosa ai non iniziati, poco benefica per i sofferenti. Da vari anni per opera di valorosi maestri delineandosi l'assurdo anacronismo di tale situazione, le idee son venute cambiando: e con queste vedute appunto compare il volume del Bosellini. Il contenuto di questa opera va diviso in due parti quasi eguali: la prima racchiude come una serie di lezioni di dermatologia, che cominciando dall'anatomia e dalla fisiologia della cute, attraverso l'esposizione etiologica, arrivano alla patologia e alla descrizione sistematica di tutte le alterazioni e delle forme cliniche derivantine; questa parte, scritta sia pure secondo i concetti informatori del libro, è dermatologia vera e propria, e potrebbe stare a sè. La seconda parte tratta, per capitoli, le alterazioni cutanee, che si accompagnano nelle singole malattie interne, cercando di collegarle con queste e di spiegarle in base agli studi moderni. Questa trattazione non può non riuscire interessante sia per lo specialista, sia per il medico generale; vi si riconosce la mano, oltre che di un conoscitore della specialità, anche di uno studioso sempre al corrente e colla mente aperta alla luce, che da qualsiasi altro campo possa venire alla dermatologia.

Il volume del Bosellini avrà quindi sicuro e meritato successo; ma forse maggiore l'avrebbe avuto se la Casa editrice non avesse obbligati i lettori a ricordarsi ancora una volta dell'inesorabile caro-libri, presentando per di più il volume in mediocre veste tipografica.

g. Sabatini.

DEL VECCHIO-VENEZIANI AUGUSTA. *La vita e l'opera di Angelo Camillo De Meis.* Un vol. in-8 di 328 pagine, N. Zanichelli, ed., Bologna (1921). Prezzo L. 16.

La nobile figura di A. C. De Meis, scienziato, filosofo, patriota, uomo nel senso più grande della parola, balza vivente, dalle pagine della dott. Del Vecchio-Veneziani, sullo sfondo in cui sono adombrate la Napoli borbonica, la vita degli esuli politici prima del 1859 ed il periodo oscuro e grigio, in cui l'unità nazionale si andava lentamente consolidando.

La produzione del De Meis è abbondante, ma frammentaria, sparsa, e, come quella di ogni uomo profondamente sincero, piena di contraddizioni; sicchè non è stata facile impresa per l'A. il raccogliere ed il lumeggiare poi, con precisa documentazione, generalmente scevra da ogni atteggiamento critico, il pensiero di quest'uomo che il Murri (rievocandone la sterminata coltura, la critica acuta e felice, la versatilità dell'ingegno e le virtù civili) dichiarava degno degli altari. Naturalista e medico insigne, il De Meis non si appagò del fatto concreto, ma volle da esso assurgere ai concetti generali che debbono guidare e vivificare le scienze mediche e naturali. Fu così che, uniformandosi alle sue tendenze ed ai concetti dominanti a Napoli, al tempo de' suoi studi, seguì l'hegelismo, che nell'Ateneo napoletano ebbe ed ha tuttora i più fervidi assertori (da citare fra i medici Salvatore Tommasi) ed il metodo hegeliano applicò in modo nuovo e tutto suo alla biologia, alla medicina, a questioni politiche e sociali. Non ci è possibile seguire l'A. nello svolgimento dei concetti fondamentali del pensiero filosofico del De Meis, sia per quanto riguarda la medicina, sia per quelli più vasti e generali sulla filosofia della natura, concetti che informarono le sue lezioni sulla storia della medicina, da lui professate nell'Ateneo bolognese dal 1863 al 1881.

Il lavoro dell'A., che viene a proposito in quest'anno in cui, ricorrendo il centenario della nascita, venne inaugurato al Pincio il busto del De Meis, ha ottenuto a buon diritto dalla Università di Bologna il premio Vittorio Emanuele II per la facoltà di filosofia e lettere.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta ordinaria del 2 dicembre 1921.

Presidenza: Prof. B. ROSSI, presid.

Linite plastica ad evoluzione rapida e carcinosi diffusa.

D. CESA-BIANCHI. — Illustrazione anatomo-clinica di un caso di linite plastica decorso acutamente nel periodo di pochi mesi con diffusione del processo neoplastico, a carattere eminentemente cirrogeno, dalla parete gastrica agli organi vicini, alle grandi sierose ed infine alla cute del tronco, con imponente sviluppo delle manifestazioni cutanee.

Lo studio istologico del caso ha permesso di ricondurre allo epitelio di rivestimento della mucosa gastrica l'origine del processo morboso, dimostrando inoltre ancora una volta la natura essenzialmente neoplastica dei processi cirrogeni cronici della parete gastrica.

Di alcuni postumi neuropsichici a distanza dell'encefalite epidemica.

V. MASSAROTTI. — L'O. riferisce su 22 casi di postumi di encefalite epidemica occorsigli di osservare, dei quali 6 risalenti al 1919, 13 al 1920 (specie primi mesi) e 3 al 1921. Mette in evidenza come su 22 casi, solo 3 appartengono a postumi vari (corea, inversione sonno, stato neurastenico) mentre tutti gli altri sono a tipo Parkinsoniano tanto da doverne dedurre essere questi i postumi più frequenti e più duraturi. Mostra numerose fotografie dimostranti la caratteristica *facies «figée»*, la tipica posizione della testa e degli arti superiori, l'ipertonia generale, la scialorrea con perdita continua di saliva di detti malati. Riassume i sintomi comuni a detti casi sia neurologici (pupille torpidamente reagenti alla luce, tremori ora a tipo parkinsoniano, ora a tipo neurastenico, retropulsione, aumento riflessi tendinei, ecc.) che psichici (percezione tarda, ideazione lenta senza reale *deficit* mentale, ecc.) mettendo in evidenza la differenza da quelli del classico Parkinson e della catatonia. Riferisce il suo pensiero sulla prognosi, che per la lunga invariata durata della malattia deve oramai con tutta probabilità ritenersi infausta se non circa la vita, certo circa la guarigione.

Affezioni chirurgiche da ascaridi.

A. MAJOCCHI. — L'O. richiama l'attenzione dei chirurghi sulla indicazione operatoria in alcune affezioni prodotte da ascaridi. Dopo aver accennato a casi di occlusione intestinale e di ascessi epatici prodotti da questi vermi, e nei quali egli intervenne operativamente, narra un caso singolare di incistamento di un ascaris lumbricoides nella parete lombare. Il verme diede luogo a una tumescenza, la quale venne aperta dall'O. con estrazione del parassita.

L'O. coglie l'occasione per illustrare tutte le teorie che spiegano la emigrazione degli ascaridi dall'intestino, illustrando sopratutto le complicazioni di natura chirurgica, alle quali la fuoruscita del verme può dar luogo.

C. VALLARDI.

Società Medico-Chirurgica Anconetana.

Seduta del 25 novembre 1921.

Riflessi di automatismo spinale nell'arto superiore.

Dottoressa GIULIA BONARELLI, Modena. — L'O., dopo revisione della letteratura sugli automatismi midollari riflessi, nota la estrema rarità di essi negli arti superiori (le osservazioni degli autori classici riguardano quasi esclusivamente gli arti inferiori). Studia il loro meccanismo di produzione a proposito di un caso di lussazione anteriore dell'atlante, in cui erano presenti alle braccia e non alle gambe. Ne ricerca la interpretazione possibile, riferendosi alle discussioni tra la teoria dei movimenti di difesa e la teoria dell'automatismo spinale.

Un caso di tumore benigno della mammella maschile; fibro-adenoma.

Prof. D'ALESSANDRO. — Crede di trovare la ragione della rarità di simili tumori nel fatto che alla mammella maschile, organo non funzionante, mancano quegli stimoli, chimici o fisici, che abitualmente sono a base dell'insorgere dei tumori.

Prof. E. MAGNI, comunica un caso di *mioma suppurato* secondariamente a gangrena dell'appendice e del cieco, che operò in Senigallia. Il mioma reso voluminosissimo per tre sacche purulenti della capacità di circa un litro ciascuna, che fu mestieri svuotare per sventrare il tumore, fu ablato con isterectomia subtotale. Il cieco e l'appendice grandemente ipertrofizzati avvolgevano ai lati ed in basso il tumore percorrendo il bacino, in modo che l'appendice era aderente sul lato sinistro del tumore. Resecò il cieco sotto la valvola ileo-cecale, il quale insieme all'appendice misurava la lunghezza di circa 30 centimetri, ed era pieno di pus formando così la quarta sacca purulenta.

L'inferma guarì bene dopo breve ed eccellente decorso post-operatorio: in due mesi crebbe tre chili in peso corporeo.

Morbo di Friedreich associato a sclerosi multipla.

Dott. UMBERTO MONDINI. — Presenta il caso di una donna con abbondante tara psichica e tubercolare che presentò a 25 anni atassia spinale. Dopo 10 anni comparve una tipica sindrome di sclerosi in piastre. Portata al microscopio si constatò atrofia del cervelletto, degenerazione sistematica combinata dei cordoni cerebellari e posteriori: inoltre placche sclerotiche disseminate lungo tutto il neurasse con tutte le caratteristiche anatomo-patologiche della sclerosi multipla.

Conclude facendo risultare la stranezza del duplice fatto morboso presentato dallo stesso individuo che senza il reperto microscopico avrebbe potuto essere ritenuto un fatto unico, cioè si sarebbe potuto considerare l'atassia rinvenuta in primo tempo come il portato di una precoce placca sclerotica interessante i cordoni cerebellari e posteriori ad un tempo.

U. SALVOLINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La prognosi sfigmomanometrica della grande ipertensione.

La prognosi sfigmomanometrica non si sostituisce agli elementi di apprezzamento pronostico forniti dalla clinica e dal laboratorio, ma si aggiunge ad essi. Quando però si osserva una elevata ipertensione permanente minima, che non cede al trattamento, si può già avere per questo solo fatto un dato che comporta una certa precisione nella prognosi.

Da uno studio di C. Lian, R. Broca, J. Clement (*Presse méd.*, 14 sett. 1921), si rileva che: 1) nei malati della clientela ospedaliera (ambiente operaio delle grandi città) un'elevata ipertensione minima, che non cede al trattamento, lascia prevedere una vita di 5-6 anni al massimo (di solito si ha la morte a ben più breve scadenza); 2) nella clientela privata, che meglio obbedisce alle prescrizioni, che può più facilmente riposarsi, e si trova in migliori condizioni igieniche, si può sperare ad una sopravvivenza più lunga. La prognosi però rimane seria; è probabile che la sopravvivenza non superi i sei anni, anche in tali condizioni favorevoli.

fil.

L'azione cardiaca della chinidina.

Il promotore del trattamento della fibrillazione auricolare con la chinidina è stato W. Frey, che ha ottenuto il 42 % di successi: statistiche ancora migliori riportano altri autori, fra cui Jenny, che sopra 18 casi ha avuto un solo insuccesso.

I risultati favorevoli sembrano legati all'uso di dosi alte ed alla perseveranza di applicazione: si inizia il trattamento con 30 cg. di solfato di chinidina, si danno all'indomani, una o due dosi da 50 cg. e si aumenta lentamente fino ad ottenere l'effetto, non arretrando anche davanti a dosi di 2-3 g. al giorno; il trattamento può essere abbandonato, se inefficace dopo 10-15 giorni, salvo a riprenderlo dopo un certo tempo. Ottenuta la regolarizzazione cardiaca, si continua la somministrazione del rimedio a dosi progressivamente decrescenti, per 8-10 giorni.

L'intolleranza può manifestarsi con cefalea, vertigine, pesantezza di stomaco, ecc. Tali disturbi subbiettivi sono per lo più trascurabili, quando l'ammalato sia sotto continua sorveglianza medica; anche l'accelerazione dell'attività cardiaca può non essere allarmante, essendo spesso la semplice manifestazione dell'inizio dell'azione terapeutica. L'eventuale comparsa di ronzii o di discromatopsia o restringimento del campo visivo consiglierebbe di sospendere la somministrazione.

Talvolta si sono osservati altri fenomeni passeggeri, come agitazione motrice, perdita di conoscenza, ecc., che possono assumere un andamento inquietante. Non bisogna poi dimenticare che le condizioni stesse in cui si somministra la chinidina sono abbastanza gravi sicchè non si devono attribuire al rimedio molti fenomeni imputabili invece alla malattia stessa.

L. Cheinisse (*Presse méd.*, 17 sett. 1921) ritiene che, maneggiata con prudenza, la chinidina può considerarsi come esente da pericoli: data la penuria di rimedî capaci di esercitare un'azione diretta sul ritmo cardiaco, essa merita un posto importante nel trattamento dell'aritmia completa. Il rimedio sembra indicato particolarmente nei soggetti con arteriosclerosi periferica e negli stati ipertonici; non sarebbe invece consigliabile nell'endocardite acuta e nella recidivante.

fil.

Occlusione vascolare mesenterica.

Loop (*Journal of the Amer. Medic. Assoc.*, 1921) illustra nove casi a lui occorsi di occlusione vascolare mesenterica.

L'A. distingue, in base alla patogenesi dell'affezione, due forme: la prima, *occlusione primaria*, dovuta semplicemente ad ostruzione mesenterica, la seconda caratterizzata dalla concomitanza di altre manifestazioni morbose, come cisti mesenteriche, ernie strozzate, processi suppurativi.

Semeiologicamente dobbiamo distinguere la forma fulminante e la forma lenta, che corrispondono alle forme acuta e cronica di altri autori. La prima si distingue per l'improvviso e tumultuoso erompere dei sintomi; la seconda per il decorso di questi lento e subdolo.

I sintomi principali sono rappresentati da diarrea o stipsi, da vomito, dolore, *shock*; nella forma acuta può esservi sangue nelle feci.

Il sintoma più frequente è il *vomito*: caratteristico è il suo manifestarsi nelle prime 6-8 ore e poi la scomparsa; prima alimentare, ben presto diviene talora stercoraceo o sanguigno.

Il *dolore* è violento, intenso, improvviso nella prima forma, accessuale o continuo, diffuso o localizzato.

Lo *shock*, caratteristico nella forma fulminante, è più o meno grave, a seconda l'estensione dell'intestino compromesso.

Nella forma lenta tutti questi sintomi si presentano attenuati.

Il vomito si può accompagnare a malessere; il dolore è sempre diffuso e non improvviso.

Complicanze sono la gangrena estesa dell'intestino e la completa ostruzione intestinale.

L'unica terapia è l'intervento chirurgico

MONTELEONE.

Varici e gravidanza.

Da osservazioni di Ada Stübel (*Med. Klinik.*, 1921, n. 44) risulta quanto segue: la maggior parte delle donne presenta, in gravidanza, delle varici, che si osservano con uguale frequenza alle due gambe, raramente però con uguale intensità dai due lati, l'edema si trova in 1/3 dei casi. La cute sui nodi varicosi è più calda, con differenze di 1°-4°; questo fatto, unito alla osservazione che le varici si sviluppano già prima che l'utero abbia raggiunto un volume notevole e che nei grossi tumori addominali non si hanno vere varici, dimostra che l'origine di queste non può venire ricercata nella semplice stasi. Anche il fenomeno di Trendelenburg (1) che è stato trovato positivo in tutti i casi, depone contro l'origine delle varici da stasi.

Il sangue delle vene varicose è molto nero, ricco in anidride carbonica, nutre male la pelle e coagula lentamente.

Lo sviluppo di vene varicose si osserva spesso in membri della stessa famiglia, ed è frequentemente legato a manifestazioni della vita sessuale (pubertà, mestruazioni, climaterio); per questo l'A. emette l'ipotesi che un ormone, formatosi nella gravidanza e nella mestruazione, agisca sulla parete venosa e costituisca il *primum movens* per la dilatazione, oppure provochi, per l'intermedio del simpatico una paralisi del tono della tunica media. Le ricerche istologiche però danno risultati scarsi e solo dimostrano che come primo fenomeno si ha la dilatazione della vena, di cui non rimane chiarita ancora la causa.

fil.

(1) Si eleva la gamba e, dopo che il sangue è defluito dalla safena, si comprime questa; si abbassa poi rapidamente la gamba e si toglie la compressione. Se il sangue ritorna dapprima dall'alto (esito positivo), ciò dimostra che il riflusso dal campo sottocutaneo ammalato si fa essenzialmente per mezzo della safena (con valvole sfiancate); in caso contrario esistono anastomosi con le vene profonde. (*N. d. Redat.*).

La periarterite nodosa.

È una malattia rara, di diagnosi difficile, simulando un'affezione addominale acuta. M. Manges e G. Baehr ebbero la possibilità di studiarne un caso, facendone la diagnosi durante la vita (*Am. Journ. of medical Science*, agosto 1921). Si trattava di un uomo di 39 anni che accusava crampi ai polpacci, dolori epigastrici, dolori renali, ematuria, temperatura a 39°; si escluse una lesione renale (radioscopia e cistoscopia negative). Persistendo la febbre e notandosi forte leucocitosi (35-50.000 leucociti con 76-90 % di polinucleari) si posò la diagnosi di peritonite localizzata sopraombelicale; la laparotomia esplorativa mostrò la esistenza di numerosissimi noduli periarteriosi, simili ad un aneurisma, grossi quanto un pisello, su tutti i rami arteriosi del mesentere. In seguito il malato accusò dolori al braccio; si palpavano piccoli noduli lungo le arterie omerali, e su diverse altre arterie superficiali ed anche noduli cutanei pulsatili e dolenti: sulle mani ed all'avambraccio, l'ammalato presentava eruzione maculo-papulosa diffusa.

Qualche mese più tardi si sviluppò nefrite cronica con edemi, dilatazione cardiaca, congestione epatica: la febbre scomparve, la leucocitosi si abbassò; l'ammalato morì per bronco-polmonite. All'autopsia si osservarono placche d'ateromi all'aorta, ulcerazioni della mucosa gastrica, ematoma del rene destro con dilatazioni multiple delle arterie renali; numerosi aneurismi nell'arteria splenica. L'esame istologico dei noduli arteriosi nel periodo iniziale dimostrava l'esistenza di un processo acuto interessante l'avventizia ed il tessuto periarterioso e necrosi delle fibre muscolari; nei noduli prelevati all'autopsia si sono osservate: degenerazione delle fibre muscolari della mesarteria e della membrana elastica interna, inspessimento dell'endoarteria, emorragie interstiziali; in qualche punto, trombosi.

L'eziologia è rimasta oscura: emocolture ed insemenzamenti dei noduli, negativi; non vi era sifilide. Gli AA. ammettono come probabile l'origine infettiva riportandola nel caso in esame alle numerose amigdaliti sofferte dal paziente.

Dal punto di vista clinico, i tratti caratteristici sono i noduli sottocutanei, le eruzioni maculo-papulose, i dolori muscolari e l'iperleucocitosi.

fil.

Il cosidetto sintoma endoteliale.

Rumpel e Leede nella scarlattina, Stephan nell'influenza e nella rachitide tardiva osservarono un'accresciuta permeabilità della parete dei capillari per elementi corpuscolari:

tale fatto elevarono a sintomo esprimibile con emorragie dell'avambraccio determinate da una stasi venosa del braccio.

Stephan (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1921) non ha mai osservato tale sintoma negli individui sani: su di esso non hanno influenza il numero degli eritrociti o dei leucociti, nè quello delle piastrine.

Il sintoma endotèliale dipende da alterazioni patologiche della vita delle cellule endoteliali causate:

1° da diretta alterazione della cellula per veleni, tossine batteriche, prodotti del ricambio, insufficienza qualitativa e quantitativa della alimentazione;

2° da indiretta azione del sistema endocrino (oscillazioni fisiologiche del tono capillare nel periodo premestruale, nelle disormonie; disovarismo, Basedow, ecc.) nelle splenopatie;

3° per alterazioni patologiche del simpatico periferico e dei suoi centri cerebrali.

L'A. ha notato tale sintoma nella poliartrite acuta, nella scarlattina, influenza, morbillo, vaiuolo; altri AA. lo hanno constatato nei tifo esantematico, nel morbo di Weil, nella febbre gialla.

Con l'esame della coagulazione in tali casi si può vedere una coagulazione più rapida sotto l'azione di siero normale inattivo.

Il sintoma endoteliale per l'A. è in dipendenza, nelle malattie con disturbo di correlazione degli organi a secrezione interna, dalla funzione normale della milza, e, più esattamente, di tutto il sistema cellulare reticolare.

MONTELEONE.

Formulario.

Nell'asma bronchiale.

Stornn van Leenwen consiglia:

Benzoato di benzile	g.	20
Alcool	»	100

4-5 cucchiaini da tè al giorno

oppure le inalazioni (10 cmc al giorno):

Benzoato di benzile	g.	20
Gomma arabica	»	16
Soluzione di cloruro di calcio a 50 %	»	200

fil.

IGIENE PRATICA.

La sterilizzazione degli erbaggi.

Fra i diversi veicoli dell'infezione tifosa vengono spesso incriminati gli erbaggi, che si consumano crudi: il loro inquinamento può avvenire sia per la concimazione con liquame, sia per l'aspersione, anche dopo colti, con acque inquinate. Il bacillo del tifo rimane a lungo vitale nel terreno: non v'è dunque bisogno che il liquame arrivi direttamente in contatto con l'erbaggio, ma può bastare che su questo arrivino comunque particelle del terreno, contenente i bacilli del tifo. Il pericolo è maggiore per le erbe e le frutta che crescono a fior di terra (lattuga, cicoria, fragole), e tanto più per quelle di cui si mangiano le parti sotterranee, come il sedano ed i finocchi; tali ortaggi nascondono nelle loro anfrattuosità abbondanti particelle di terreno, che vi rimangono specialmente quando non si fa che una lavatura esterna, come avviene nei ristoranti, dove detti erbaggi vengono presentati interi.

Fra i germi che si possono trovare sugli ortaggi, è stato isolato il bacterium coli ed, in Italia, da Ceresole e da Gualdi, anche il bacillo del tifo: detti germi però sono stati trovati soltanto alla superficie, e Bruini, mediante colture di piante in soluzione nutritiva, contenente bacilli del tifo ha dimostrato che questi non si propagano nell'interno dei tessuti vegetali. Recentemente La Camera, all'Istituto batteriologico della Scuola di agricoltura di Portici, avrebbe invece riscontrato nell'interno di tessuti di ortaggi concimati con acque cloacali, escrementi animali, ecc. Le specie di microrganismi, di cui uno fluidificante ed emanante gas fetidi (*B. fluidificans putridus*), due non fondenti aerobi, uno dei quali fluorescente (*B. putidum*) ed un bacillo banale, presente nell'acqua, aria, suolo. Non risulta che sia stato trovato il B. coli, che pure nelle acque cloacali non poteva mancare: ciò potrebbe forse spiegarsi col fatto che non tutte le specie possono penetrare nell'interno dei tessuti vegetali. Il La Camera ritiene anzi che i bacilli da lui riscontrati spieghino azione di concorrenza vitale contro i bacilli del tifo.

Lasciando comunque impregiudicata la questione se i germi patogeni possano o non penetrare nell'interno dei tessuti vegetali, quello che maggiormente ci deve preoccupare è la possibilità che si trovino alla superficie: la proibizione di concimare con liquame (anche se rispettata, ciò che non è facile ad ottenere) non basta a garantirci completamente, poichè

i germi possono arrivare sugli ortaggi, successivamente, portativi da mani sudicie o da aspersione con acque inquinate. Nella pratica una lavatura abbondante e accurata basta probabilmente ad allontanare la massima parte dei germi, pur non ottenendosi una sterilizzazione. Sono state fatte esperienze trattando gli ortaggi con acido tartarico al 3 % od aceto: sembra che col primo si ottenga la sterilizzazione, che non si ha invece col secondo: questi trattamenti però, rammolliscono l'erbaggio e gli fanno perdere le qualità organolettiche che lo rendono appetibile. Più pratico sembra il consiglio di Herfarth di immergere l'erbaggio in una soluzione di cloruro di calce al 4.5 ‰ per 30', al 5 ‰ per 20', al 5.5 ‰ per 10': un'abbondante lavatura successiva basta per togliere sapore ed odore di cloro: il metodo è applicabile anche alle frutta, per l'uva però si richiede la successiva neutralizzazione con iposolfito di sodio (4.5 ‰). Questo trattamento da consigliarsi specialmente in periodi di epidemia ed in località molto sospette può evidentemente usarsi anche contro la dissenteria ed il colèra.

A. FILIPPINI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Studi sul sangue trasfuso: sua eliminazione periodica; la distruzione del sangue nell'anemia perniciosa.

Lo studio dell'eliminazione del sangue trasfuso ha permesso all'A. (W. Asler. *The Journ. experim. medic.*, Baltimore, 1921) di fare alcune interessanti constatazioni.

Premettiamo che è possibile determinare la durata della sopravvivenza delle emazie trasfuse separandole dalle emazie del ricettore con un siero umano agglutinante, se la trasfusione è stata fatta con un sangue appartenente ad un altro gruppo sanguigno diverso da quello del ricettore.

La durata dell'eliminazione del sangue trasfuso può variare dai 30 ai 100 giorni. L'eliminazione non si fa in modo progressivo, ma per crisi con periodicità più o meno regolare in modo tale che la curva dell'eliminazione somiglia a una gradinata.

Nella donna le cadute del tracciato sono in chiara relazione con i periodi mestruali. Nello stesso tempo che si produce la crisi, si nota una superattività del midollo osseo che si manifesta con l'aumento del numero totale dei globuli rossi del soggetto. Un tale andamento ciclico dell'eliminazione sembra implicare un'attività distruttiva del sangue dell'organismo stesso piuttosto che una modificazione intrinseca delle emazie trasfuse.

Lo studio di una serie di casi di anemia perniciosa sottoposti alla trasfusione ha dimostrato che l'eliminazione delle emazie non era particolarmente rapida: questa constatazione fa respingere l'idea della esistenza di una tossina emolitica come causa dell'anemia di Biermer. Bisogna opporre questa lentezza della eliminazione del sangue trasfuso nell'anemia perniciosa alla rapidità che si nota nell'ittero emolitico, rapidità che scompare dopo la splenectomia in un malato dell'A.

Si può supporre che la trasfusione abbia apportato qualche agente neutralizzante, una eventuale ematoxina, poichè l'A. a più riprese ha potuto constatare la coincidenza di una persistenza delle emazie trasfuse con una caduta nel numero dei globuli rossi del malato.

In due casi egli ha notato una persistenza delle emazie trasfuse del gruppo IV, mentre le emazie trasfuse appartenenti allo stesso gruppo sanguigno di quello del malato erano rapidamente distrutte, come i globuli propri del malato. Questo fatto sembra indicare che l'eliminazione non dipende da una fragilità intrinseca dei globuli nell'anemia perniciosa, ma sembra piuttosto essere la conseguenza di una attività propria degli organi proposti alla distruzione sanguigna. Ma può sempre domandarsi se la distruzione del sangue nell'anemia perniciosa ha un'importanza maggiore dell'anteriormente invocata insufficienza dell'ematopoiesi.

MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1167) *Vaccinoterapia antitubercolare.* — Al dott. Nicola Giannini di Viggiano:

Il metodo del dott. Spahlinger per la cura della tubercolosi non diversifica di molto dagli altri sistemi tentati sullo stesso principio dell'attenuazione dei germi.

Fin dal 1890 infatti Grancher e Martin pensarono di ottenere un effetto vacinante contro l'infezione tubercolare iniettando sia per via sottocutanea, sia per via endovenosa, delle vecchie culture di bacilli Koch la cui vitalità era affievolita, ed, in seguito, progressivamente, delle culture più giovani e più virulente.

Queste interessanti esperienze, che si svolgevano sugli animali bovini, furono riprese più tardi dal Behring, e dopo di lui dal Vallée, della Société de Médicine Vétérinaire pratique, ma sempre a scopo preventivo e non curativo. Comunque i risultati sono rimasti dubbi e poco probativi anche nel campo della profilassi veterinaria. In seguito si tentarono altri numerosi mezzi onde ottenere una atte-

nuazione dei bacilli tubercolari, così da poterli usare come vaccini, sempre con l'idea di produrre, anche a scopo curativo, negli individui vaccinati, una abbondante formazione di anticorpi da opporre agli antigeni tubercolari.

Il Friedmann ha ritenuto di aver trovato questo vaccino in un bacillo acido resistente proprio delle tartarughe; Ferran in un bacillo saprofita e non acido resistente (il batterio *a*) capace di trasformarsi, in seguito a successivi passaggi, in un vero e proprio bacillo di Koch tipico (batterio δ); Vallée, Guinard, Meyer ed altri in bacilli e prodotti bacillari *sensibilizzati* ossia sottoposti all'azione di speciali sieri antitubercolari; Marino in un germe tubercolare attenuato passando attraverso il tubo digestivo della sanguisuga; Garnier, Livierato, Manfredi in bacilli tubercolari che abbiano subìto l'azione di tessuto ganglionare linfatico; Bruschettini nell'essudato pleurale del coniglio che abbia subìto iniezioni endopleuriche di culture bacillari previamente emulsionate in cloroformio e mantenute per parecchie ore a 40° di temperatura; Maragliano in culture bacillari filtrate e sgrassate e poi riscaldate a 100° e triturate; Calmette in bacilli che abbiano perdute le loro qualità tubercologene in seguito a successivi passaggi su mezzi nutritivi a base di bile umana e bovina.

Il sistema del dott. Spahlinger, per quanto se ne sa, è in fondo un altro metodo di attenuazione dei germi tubercolari mediante l'azione di speciali fermenti organici, ma non risulta che esso si sia imposto con indiscussi successi sulle altre vaccinoterapie antitubercolari.

Comunque, poichè il dott. Stephani avrebbe esperimentato i vaccini Spahlinger nel suo sanatorio, Ella potrebbe per indicazioni speciali rivolgersi a lui. (Dott. Stephani, Direttore del Sanatorio Stephani - Montana, Svizzera).

G. MENDES.

(1168) *Sulla pielite nella gravidanza.* — Al dott. D. C. da R.:

Uno dei più completi e recenti lavori sintetici sulle pieliti gravidiche è quello di C. Colombino di Milano. Tale lungo lavoro è pubblicato negli « Annali di Ostetricia e Ginecologia » del 1920, ed è posto in vendita come monografia separata dall'Editore Gogliani di Milano.

Sulle pieliti gravidiche è stato discusso anche poche settimane fa all'ultimo Congresso Italiano di Ostetricia.

Del resto il punto più importante del problema è sempre quello terapeutico.

E si ammette ora che si debba fare la autovaccinoterapia precoce, e non riuscendo questa, il cateterismo terapeutico degli ureteri.

Alcuni prediligono senz'altro quest'ultimo metodo.

Io posso dire per mia esperienza che il cateterismo ureterale terapeutico può dare *risultati insperati*, specialmente se si adoperano cateteri di grosso calibro capaci di drenare molto bene, e si lasciano a permanenza per 4-6 giorni, durante il qual periodo, naturalmente, è bene moltiplicare i lavaggi e le istillazioni.

Così facendo, *anche nelle gravi forme bilaterali* è possibile a volte ottenere una rapida guarigione e il normale compimento della gravidanza.

E. PIRONDINI.

(1169) *Manuali di Chimica fisiologica.* — Al dott. C. Paoletti, Viareggio:

ARTHUS M. *Précis de chimie physiologique*. Masson et C.ie, Paris 1918. — OPPENHEIMER. C. *Grundriss der Physiologie*, Erster Teil, *Biochemie.* G. Thieme, Lipsia, 1920. — ROAF E. H. *Biological Chemistry*. Metuen and Co., Londra 1921. Il Trattato del Bottazzi non è stato ristampato.

fil.

VARIA

Spunti medici nelle Memorie di Casanova.

Le Memorie di Casanova, che rappresentano uno dei più preziosi documenti letterari del secolo decimottavo, hanno degli spunti molto interessanti per i medici, sia nei riguardi delle conoscenze mediche in quel periodo storico, sia in riguardo alla straordinaria potenzialità erotica del protagonista.

Casanova s'indugia di frequente in argomenti di medicina quando prende a descrivere le sue malattie o quelle degli altri.

Benchè egli faccia il panegirico di Haller non dimostra molta stima per i cultori dell'arte salutare, per i quali non di rado ha frasi pungenti e salaci analoghe a quelle che Molière mise in bocca ai suoi personaggi.

Ciò non toglie che egli avesse una certa tendenza a dar consigli di cura, di cui garantiva la efficacia. È inutile aggiungere che quando si trattava di donne soleva prescrivere una terapia nella quale egli era maestro insuperato, gli eccitamenti erotici.

Così egli guarì dell'amenorrea una ragazza, per la quale un medico aveva inutilmente sperimentati tutti i mezzi.

Le sue incursioni nel campo della medicina riguardano anche quistioni teoriche. Polemizzò brillantemente con Saliceti circa la origine delle così dette voglie materne. Protestò contro le esagerazioni di Tissot nella campagna contro l'onanismo nelle scuole, affermando che la diffusione del vizio era in gran parte dovuta al fatto che se ne faceva oggetto di proibizione e di persecuzione.

Per Casanova naturalmente l'astinenza è causa di pazzia ed a ciò egli attribuisce la follia di Carlo III di Spagna.

Condanna severamente l'aborto procurato ma in pratica è meno scrupoloso. Per togliere di imbarazzo una gentildonna, che aveva compromesso, le consiglia di recarsi da una donna, che teneva a Parigi una casa ben nota per alleggerire le gestanti.

Nelle descrizioni di malattie dimostrò una spiccata predilezione per quelle ostetriche e ginecologiche. In due occasioni si camuffò da ginecologo, ma egli stesso cinicamente racconta che tutte e due le volte il dottore dimenticò ben presto la sua parte.

Oltre ai casi di aborto, di febbre puerperale e di ninfomania egli accenna ad altre curiosità mediche come la clitoride gigante di una tribade, l'imene impervio di una vergine, ed il caso di un *flatus in coitu* dovuto a fistola retto vaginale.

Anche le malattie cutanee sembra che lo abbiano molto interessato a giudicare dalla descrizione di parecchi casi di acne, eczema, lupus, ulceri fagedeniche, prurigo, nèi vascolari, geloni e degli attacchi di « rougeole » che egli soffrì durante la prigionia nei « piombi » e che molto probabilmente era un eritema tossico di origine alimentare.

Gli eccessi erotici di Casanova sono stati anche considerati come una grossolana esagerazione dovuta alla sua iperbolica fantasia e vanità senile. Ma anche a non volere escludere qualche vanteria, è certo che Casanova espone le sue avventure con tale accento di sincerità che non si può dubitare della sua speciale capacità erotica e del fascino che egli esercitava sulle donne. Del resto l'anormalità della sua vita sessuale è dimostrata anche dal fatto che uno dei suoi fratelli si abbandonava ad eccessi analoghi e che l'altro, benchè si ammogliasse due volte, era impotente.

Oltre a ciò la sua precocità sessuale è incontestata e conferma il suo atletismo erotico. Benedikt riferisce di individui assolutamente padroni dei loro corpi cavernosi, che possono adoperare volontariamente alla stessa guisa dei muscoli striati.

E vale anche notare a conforto della sua sincerità che Casanova non si vanta mai della sua inesauribilità anzi racconta che in più di un'occasione i suoi mezzi non corrisposero ai suoi desideri.

I suoi organi sessuali non erano indenni da disturbi. Durante o dopo il coito egli aveva emorragie uretrali. Aveva anche erezioni dolorose, pollakuria, ed *ejaculatio praecox*.

Casanova non aveva pervertimenti sessuali di sorta. Alcuni fatti che lo farebbero sospettare esibizionista e feticista non sono in effetti tali da raggiungere il limite del patologico.

Come un altro grande scrittore erotico, Ovidio, egli era completamente eterosessuale e dimostrava un gran disprezzo per ogni manifestazione di omosessualità, vizio, che a quel che risulta dalle sue memorie e da altra pubblicazione, era allora molto diffuso.

Undici volte egli si contagiò di malattie veneree. Soffrì di uretriti blenorragiche, orchiti, ulceri molli, sifilide; morì per setticemia da restringimento uretrale.

Contrasse la sifilide a trentotto anni a Londra. Ma non ne ebbe manifestazioni gravi. Le sue arterie ed il suo sistema nervoso ne rimasero indenni. La sua mentalità rimase integra fino alla morte avvenuta in tarda età, ed ancor vecchio egli conservava, benchè ridotta, la sua capacità sessuale.

Del restò egli si curò convenientemente. Nell'uso del mercurio acquistò tale pratica da poter criticare medici e dar consigli ad altri pazienti.

La frequenza dei contagi lo indusse a pratiche di profilassi individuale antivenerea che trovano riscontro in quelle in uso attualmente. Più volte nelle sue memorie ricorrono i nomi di *bourse préventive, étuis, sachets préservatifs, calotte d'assurance, rédingotes anglaises, vêtement anglais qui met l'âme en repos*. Talvolta egli usava questi mezzi anche per evitare la concezione.

Casanova fu spietato contro i ciarlatani che pretendevano di curare le malattie veneree con mezzi differenti dal mercurio, o che lo somministravano in eccesso o impuro.

I casi di intossicazione idrargirica durante il trattamento delle malattie veneree nel secolo decimottavo erano tutt'altro che rari. Un classico esempio ne fu quello del dottor Pangloss descritto da Voltaire. Casanova stesso attribuì la depressione nella quale cadde una volta all'uso inadeguato del mercurio.

dr.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Sotto la presidenza del senatore prof. Camillo Golgi si è riunito recentemente il Consiglio Superiore di Sanità con l'intervento di quasi tutti i suoi componenti.

La sessione è riuscita oltremodo importante per la relazione del Direttore generale della Sanità Pubblica, comm. Alberto Lutrario, sulle condizioni sanitarie dell'Italia durante e dopo le vicende della nostra grande guerra e sul nuovo assetto dell'igiene internazionale.

Ricordate le gravi deficienze dei servizi profilattici locali e la necessità di un nuovo e solenne richiamo alle Amministrazioni locali acciocchè sia maggiormente sentito il dovere di assicurare dappertutto la profilassi sanitaria, il comm. Lutrario espresse il parere che il maggior beneficio bisognerà aspettarlo dalla legge organica sul riordinamento dei servizi di igiene locale che trovasi attualmente dinanzi al Senato. Sfiorò il problema ospedaliero invocando provvidenze innovatrici, che diano nuova vita agli organismi di assistenza i quali non possono più corrispondere alle crescenti esigenze così intimamente legate alla profilassi sociale.

In quanto alle vicende sanitarie attraversate, il comm. Lutrario ha rilevato come le orme epidemiche lasciate dalla guerra vanno dileguandosi, le varie malattie infettive vanno rientrando nei confini abituali, così da fare sperare che presto il nostro Paese si troverà nelle ottime condizioni sanitarie dell'ante guerra. La mortalità generale che era del 18.28 ‰ nel triennio precedente la guerra ed aumentò fino al 32.29 ‰ nel 1919 (a causa dell'epidemia di influenza) si è ridotta a 19.06 nel 1920 ed anche per il 1921 si può ritenere perdurino le stesse buone condizioni.

Tutte le malattie infettive nostrane possono ormai considerarsi rientrate nei limiti abituali. Il vaiuolo che dette tante preoccupazioni sanitarie per la gravissima diffusione che assunse dopo le ripetute importazioni dal Levante, è pressochè domato. L'influenza non ha dato nel 1920-1921 che poche e circoscritte manifestazioni a decorso mite. L'encefalite letargica dà ancora limitati episodi epidemici. Il tifo esantematico, importato dai prigionieri austriaci, dà ancora qualche manifestazione collegata al traffico con la regione balcanica. La pellagra va estinguendosi dappertutto. Per la malaria si è accentuata la decrescenza già iniziatasi nel 1919. Le provvidenze escogitate contro le malattie sociali daranno certamente col tempo ottimi frutti.

Esaurita questa parte, il cui contenuto è completamente rassicurante e soddisfacente per le nostre condizioni sanitarie, il comm. Lutrario è passato a dire del nuovo orientamento della sanità internazionale, sia in relazione agli organi esistenti e di nuova creazione, sia in relazione alle norme regolatrici della profilassi interstatale.

Come è noto, per effetto dell'art. 24 del Patto della Società delle Nazioni, fu creato un « Segretariato Internazionale d'Igiene » risiedente a Ginevra. Si potè temere per un momento che, insieme all'Ufficio Internazionale d'Igiene risiedente a Parigi, si avessero due organi operanti disgiuntamente fra loro, nell'unico e medesimo campo dell'igiene internazionale, con tutti gli inconvenienti dovuti ad una maggiore spesa e ad una inutile dispersione di energia. Il comm. Lutrario, quale membro del Comitato tecnico, nella recente riunione di Ginevra, propose che si cercasse un terreno di conciliazione nel demanio stesso dell'attività delle funzioni proprie a ciascun organo senza sovrapposizioni o duplicazioni, e cioè che l'Ufficio Internazionale d'Igiene avesse funzioni di ordine consultivo, quali si addicono al suo atto statutario; il *Comitato tecnico*, come organo d'azione, avesse funzioni d'ordine deliberativo; il *Segretariato Internazionale d'Igiene* avesse funzioni di ordine esecutivo. La tesi prospettata dal commendator Lutrario raccolse il consenso di tutti i componenti il Comitato e fu in seguito ratificata dal Consiglio della Società delle Nazioni e poi dall'assemblea su favorevole rapporto del sig. Bourgeois. Il nuovo organismo ha già tenuto a Parigi una prima sessione; ha inviato in Russia una missione allo scopo di accertare le reali condizioni sanitarie di quello Stato e si accinge ora ad inviare una nuova missione in Egitto e poi a Costantinopoli, località che per la loro posizione geografica sulle grandi vie di comunicazione verso l'Oriente dovrebbero essere i naturali baluardi di difesa sanitaria del Mediterraneo.

Esposte a questo punto le tristi condizioni sanitarie attuali della Russia, il comm. Lutrario si è intrattenuto sulle stipulazioni in materia di profilassi internazionale.

L'ultima convenzione internazionale del 17 gennaio 1912, dati i progressi delle conoscenze scientifiche, occorre sia modificata. Il comm. Lutrario partecipò largamente alle sedute del Comitato Permanente dell'Ufficio Internazionale di Parigi, sostenendo ivi autorevolmente che le modificazioni all'attuale convenzione piuttosto che cadere su questa o quella norma dovrebbero investire i principii stessi informatori della convenzione stessa, dando alle ricerche di laboratorio la dignità che si addice loro e facendo sì che le notificazioni, abbandonata la via diplomatica, dovessero farsi direttamente fra i servizi d'igiene con un organo centrale di registrazione e di diffusione e applicando le misure profilattiche più alla partenza e lungo il percorso delle navi, che non al loro arrivo. Anche su questa questione l'uditorio manifestò segni di cordiale consenso al nuovo orientamento, per quanto esso sia di tale importanza che gli studi in proposito saranno proseguiti prima di addivenire alla nuova convenzione.

Trattasi, infatti, di un ordine di provvidenze che tocca gli interessi economici più vitali, inerenti al traffico ed al commercio fra i vari Paesi,

sovratutto di quelli che — come l'Italia — hanno un forte movimento emigratorio.

Il Consiglio Superiore di Sanità, che aveva seguito tutta la dotta e interessante relazione del comm. Lutrario colla più intensa attenzione, rilevò l'alta importanza della geniale relazione, che diede luogo ad una unanime manifestazione di plauso da parte del Consiglio e fu, con elevate parole, messa in particolare rilievo dal presidente che aprì subito la discussione.

Questa seguì ampia ed esauriente e toccò tutti i punti più salienti di politica sanitaria internazionale ed interna.

Presero parte alla discussione i consiglieri Maggiora, Devoto, Paternò, Badaloni, Manfredi, Di Vestea, Marchiafava, Giongo, Levi, Giachi, Foà, Gullini, Pennella ed il presidente prof. Golgi.

Fu rilevato, nei riflessi della salute pubblica, come non possano ammettersi indugi nella completa risoluzione dei grandi problemi sanitari oggi specialmente che tutto induce a rinsaldare la compagine del funzionamento dei servizi profilattici per fronteggiare ogni minaccia contro la invasione di morbi esotici, considerate le speciali condizioni geografiche del nostro Paese.

Così fu affermata la necessità di riprendere in esame i capisaldi riguardanti la denuncia della comparsa di malattie infettive all'Ufficio internazionale, la dichiarazione delle circoscrizioni infette, le misure di difesa ai porti e l'opportunità di coordinare più armonicamente il servizio all'interno in maniera da risultarne una maggiore unità di indirizzo e di azione con risparmio di energie e di mezzi, specie per quanto riguarda l'azione da svolgersi dai vari organi che provvedono ai diversi servizi.

Il Consiglio, ritenuta l'importanza del problema e degli studi compiuti dal Direttore generale della Sanità, passò subito alla nomina di una Commissione interna per concretare speciali ordini del giorno e presentarli a S. E. il Presidente del Consiglio dei Ministri per quelle providenze che ritenesse del caso.

La Commissione risultò così composta: on. prof. Foà, on. prof. Badaloni, on. prof. Pietravalle, prof. Manfredi, prof. Maggiora, prof. Devoto, professor Ascoli, prof. Levi.

Gli ordini del giorno da questa elaborati furono discussi ed approvati alla unanimità nella seduta successiva del 20.

Quindi il prof. Devoto interessò il Consiglio sulle condizioni dello approvvigionamento idrico delle principali stazioni climatiche e balneari del regno, dove affluisce tanta parte di popolazione nelle stagioni opportune e venne approvato apposito ordine del giorno rispecchiante la necessità che dalle competenti autorità venissero rivolte insistenti premure a tutti i Comuni che hanno stazioni climatiche e balneari e che difettano di buona acqua potabile e che possono ricorrere alle larghe facilitazioni che lo Stato accorda ai Comuni per la esecuzione di tali opere.

Il consigliere Pietravalle mise in rilievo la opportunità di studi intorno alla malaria in rapporto alla divisione del latifondo ed il Consiglio, riconoscendo l'importanza dell'argomento, nominò apposita Commissione con l'incarico di riferire alla Giunta del Consiglio Superiore.

Fu poi espresso parere su diversi ricorsi riguardanti l'applicazione della legge sull'esercizio delle farmacie e su domande di privative industriali e fu deciso su varî ricorsi in materia di aumenti di stipendi a medici e veterinari condotti e ad ufficiali sanitari.

ATTI PARLAMENTARI.

La tariffa postale estera per le pubblicazioni periodiche.

Alla interrogazione con domanda di risposta scritta presentata dall'on. sen. Sanarelli, circa l'aumento della tariffa postale delle pubblicazioni periodiche spedite dagli Editori ai propri abbonati all'estero (vedi fasc. XXIX, genn., p. 71), l'onorevole Ministro delle Poste e Telegrafi ha risposto come segue:

«Dal 1° gennaio 1922, a termini della Convenzione postale internazionale di Madrid, entrano in vigore, in tutti i Paesi dell'Unione Postale, le nuove tariffe internazionali, comprese quelle delle stampe, senza alcuna eccezione per quelle spedite dagli Editori ai propri abbonati all'estero.

La tassa stabilita per la stampa dalla detta Convenzione è di dieci centesimi oro, per ogni cinquanta grammi di porto. Dovendosi applicare l'equivalente in moneta italiana, al corso attuale dell'oro, la tassa importerebbe circa cinquanta centesimi.

Invece per favorire la diffusione della stampa nazionale e della cultura italiana all'estero, si è voluto praticare un prezzo di favore, adottando un saggio di cambio molto inferiore al reale (160 per cento) che, arrotondato in meno, dà la tassa di centesimi quindici di lire carta. E poichè, per ogni paese estero di transito, l'amministrazione postale italiana deve pagare un diritto fisso stabilito in franchi oro, ne consegue che, con la tariffa di lire 0,15, l'amministrazione postale italiana non soltanto esegue in molti casi il trasporto delle stampe gratuitamente nel nostro territorio, ma in altri casi frequenti va incontro ad una perdita finanziaria. Il che avviene per molti Stati di Europa e per quasi tutti quelli di America, senza parlare dei paesi più lontani.

Non dubito quindi che in base a queste informazioni sarà riconosciuto avere l'amministrazione postale sostenuto ogni più largo sacrificio per la diffusione della cultura italiana all'estero.

Aggiungo che il pubblico estero e particolarmente degli Stati limitrofi che desidera abbonarsi a periodici italiani, ha un mezzo più economico di quello della richiesta diretta, rivolgendosi invece agli uffici postali, chè dànno corso alle domande in base allo speciale accordo di Madrid. Le pubblicazioni così richieste sono spedite senza francatura col metodo del conto corrente come per l'interno del Regno.

Questo servizio però è limitato ai Paesi coi quali vi è scambio di vaglia postali».

***

Conviene osservare che in genere gli abbonati all'Estero non si valgono della facoltà cui accenna il ministro, sia perchè poco nota, sia perchè comporta un disagio, dovendosi ritirare i fascicoli presso l'ufficio postale che esegue l'abbonamento, invece di riceverli a domicilio.

In pratica è come se non esistesse: così tra un migliaio di abbonati che noi contiamo all'Estero, uno solo, nel 1921, ha creduto bene di giovarsi dell'abbonamento pel tramite degli uffici postali, in base all'accordo speciale di Madrid!

Sarebbe stato assai desiderabile che il ministro, lasciando da parte queste lustre, provvedesse a prorogare la concessione già fatta nel 1921 agli editori di periodici, dimostrando così che il Governo tiene a cuore seriamente gl'interessi intellettuali del nostro Paese e che sa andar oltre i criteri più grettamente fiscali.

Cronaca del movimento professionale.

Contro la réclame indecorosa e per la dignità professionale.

Nella seduta del 16 u. s. della Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche, sotto la presidenza del prof. Baldo Rossi, fu trattato l'argomento della Röntgen e radiumterapia dei tumori maligni.

Dopo le dotte relazioni dei professori Perussia e Cuzzi, i quali hanno portato i frutti della loro personale esperienza e di quella dei migliori radioterapisti del mondo, illustrando, accanto a risultati meravigliosi, le molte limitazioni che ancora circoscrivono l'uso razionale della radioterapia, l'assemblea unanime ha sentito il bisogno di stigmatizzare il contegno di qualche medico che sfrutta a scopo di lucro, con una réclame indecorosa, le conquiste della radioterapia, estendendone esageratamente le indicazioni e tentando, con danno degli ammalati, di gettare il discredito su altri metodi di cura, specialmente chirurgici, che, consacrati dalla scienza, debbono conservare il loro posto altissimo nella lotta contro i tumori maligni.

L'assemblea, considerato il grave pericolo che sovrasta ai malati, i quali si lasciano ingannare da promesse non sempre corrispondenti a quanto consenta lo stato attuale della scienza, ha espresso il voto che la legge possa meglio tutelare la dignità professionale e l'interesse del pubblico contro ogni forma di ciarlataneria.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9200) *Concorso per la nomina a medico condotto.* — Dott. G. T. da P. — I termini dei concorsi sono da rispettarsi a pena di nullità, essendovi per lo mezzo l'interesse dei terzi concorrenti. Nella data fissata dal bando debbono trovarsi pronti ed esibiti a chi di ragione tutti i documenti, niuno escluso. È, pertanto, probabile che Ella resti esclusa dal concorso sol perchè uno dei documenti di rito è giunto in ritardo.

(9201) *Tassa di Ricchezza mobile.* — Dott. G. P. da S. G. delle P. — Il tasso di R. M. è fissato per legge e non dipende dallo ammontare dello stipendio. Esso è quale da noi più volte detto, salvo l'aggio dovuto all'Esattore, che varia da Comune a Comune. L'agente che le ha riferito che per l'anno venturo la tassa è del 10.85 %, dovrebbe compiacersi indicarne la ragione.

(9202) *Esercizio professionale all'estero.* — Dottor C. P. da V. — Circa l'esercizio professionale all'estero deve riscontrare il libro del dott. *Justitia*: «La legislazione sanitaria in rapporto allo esercizio professionale», ove a pag. 25 troverà ampiamente trattato l'argomento.

(9203) *Aspettativa.* — Dott. E. C. da B. — Fino a che non è presa una decisione sulla domanda di aspettativa presentata e non Le si notificherà la risposta, non può essere dichiarato dimissionario per non aver assunto servizio nel termine prestabilito.

(9204) *Nomina del medico di ospedale di jure privato.* — Dott. A. L. da D., n. 10543. — L'amministrazione non può, sotto alcuna ragione, impugnare la nomina del medico addetto all'ospedale, se tale nomina era di competenza del privato fondatore e sovvenzionatore della sezione ospedaliera. E poichè la nomina del medico ha bisogno, come necessario complemento, quello di stabilirne la durata e lo stipendio, è necessario che nell'atto di nomina sia dal fondatore indicata la durata di essa e lo stipendio. Essendo nomina fatta privatamente, qualora fosse impugnata, si dovrebbe agire giudiziariamente, facendo citare il Comune per rifusione dei danni derivanti dalla molestia arrecata dal disconoscimento della nomina fatta.

(9205) *Compenso per la cura del tracoma.* — Dott. P. D. C. da S. P. in L. — Non avendo ricevuto regolare partecipazione di nomina per intraprendere anche per l'anno volgente la cura del tracoma, non può dolersi che non abbia ricevuto disdetta per farla cessare. Come figura giuridica della prestazione si deve ricorrere alla idea di una volontaria gestione, senza contrasto e con l'acquiescenza tacita del committente, per cui si avrebbe diritto a chiedere giudiziariamente la rivalsa delle spese e compenso.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 842:

La risposta all'interrogazione dell'on. Ollandini riguarda gli ufficiali in servizio attivo permanente, che vennero *«silurati»* durante la guerra.

Non mi sembra si attagli al suo caso.

G. M.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CAMPAGNANO (*Roma*). — Al 20 genn., Capoluogo; L. 8000. Fraz. Magliano Romano; L. 6000; per l'arm. farm. L. 100. Cinque quadrienni decimo; doppio caro-viveri.

CAPO DI PONTE (*Brescia*). — Scad. 22 gennaio. Cons.; L. 5000 per 1000 pov., aumenti, L. 340 uff san.; doppio caro-viveri.

CASAPROTA (*Perugia*). — L. 6000; tre quinq. dec.; disag. resid. L. 1000; per uff. san. L. 500. Scad. 2 febbraio.

CASAPROTA (*Perugia*). — Ab. 1400; L. 6000 e 3 quinq. decimo p. pov.; c.-v.; L. 1000 disag. resid.; L. 500 se uff. san. Non obbl. cav. Scad. 40 giorni dal 25 dic.

CASTEL S. PIETRO DELL'EMILIA (*Bologna*). — Reparto D; circa 900 pov. Entro le ore 17 del 19 gennaio. L. 8000, c.-v., oltre L. 3000 cavallo, L. 3 ogni povero sopra 1000.

CERCHIO (*Aquila*). — Scad. 20 genn. L. 6000, c.-v., L. 500 se uff. san.; tariffa dell'Ordine per gli abb. Ab. 2578 su 2000 ett. Scalo ferroviario.

CONCORDIA SAGITTARIA (*Venezia*). — Scad. 20 genn.; due posti; L. 8750, doppio c.-v., L. 1500 bicicl., L. 1000 zona malarica, L. 600 all'uff. san.; L. 2 ogni povero sopra 1000. Ab. 2500 circa per ogni condotta.

GEROSA BIELLO (*Bergamo*). — L. 6500 per 500 pov. su 950 ab.; L. 500 uff. san.; doppio c.-v. Scad. 25 gennaio.

GUARENE (*Cuneo*). — Scad. 20 genn.; L. 4000 oltre L. 1000 trasp.; doppio c.-v., 4 quinquenni; compreso uff. san.

LIMOSANO (*Campobasso*). — Poveri; L. 3000 (*sic*) e c.-v. concesso e da concedersi; età limite 39. Scad. 40 giorni dal 31 dic. Il locale Consorzio operaio assegna altre L. 5400 e casa gratuita di sei vani in tre piani, per i soci e famiglie, sempre che la scelta del medico verrà fatta di pieno accordo dall'Amm.ne Com.le e sociale; in difetto, quest'ultima si riserva piena libertà di scelta.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospedalieri.* — Primario oculista; L. 7000 e condizioni tutte del vigente organico e regolamento. Età-limite 44. Titoli ed esami. Pubblicazioni a stampa e una memoria inedita in 5 esemplari. Docum. al Protocollo del Consiglio Ospitaliero (via Ospedale, 5) non più tardi delle ore 16 del 28 febbr. Per ulter. informazioni rivolgersi alla Direzione.

MOMBERCELLI (*Alessandria*). — Al 25 gennaio. L. 4000 oltre L. 1800 trasp., per 300 pov.; addizion. L. 3 e 5 a seconda località vicina o lontana; 5 quinq. decimo; c.-v. Servizio entro 15 giorni.

MONTALTO PAVESE (*Pavia*). — Scad. 25 genn.; lire 6500 resid., L. 1000 per i primi 1000 poveri o frazione di 1000, L. 1800 trasp., L. 200 (*sic*) uff. san., 2 c.-v., 5 bienni ventesimo.

MONTEGALLO (*Ascoli Piceno*). — A tutto 28 febbr.; L. 5500 obbligo resid., L. 1000 fino a 1000 pov, addizion. L. 2.50, per uff. san. L. 500, doppio c.-v., L. 2000 cavalc. Ab. 3769.

MONTIERI (*Grosseto*). — Al 31 genn., due posti; L. 9000, quadrienni e sessenni, L. 2400 cav. Serv. entro 10 giorni.

PASSIGNANO SUL TRASIMENO (*Perugia*). — A tutto 25 genn. Cura resid.; L. 6000 oltre L. 600 direz. ospedaletto, L. 500 quale uff. san., due caro-viv., L. 2000 mezzi trasporto.

PETRALLA SOTTANA (*Palermo*). — Seconda cond.; L. 5000 per 500 poveri; cinque quinquenni decimo. Scad. 31 genn.

PORANO (*Perugia*). — A tutto 15 febb.; L. 6000 per 1000 pov., doppio c.v., addizion. L. 2; se gli abbienti fossero meno di 300 L. 1000 di residenza povera; L. 500 trasp.; L. 200 (*sic*) uff. san. e arm. farm. Servizio entro 15 giorni.

ROCCA S. FELICE (*Avellino*). — Scad. 31 gennaio. Ab. 1500, di cui circa 150 poveri. L. 3500; caroviveri come per legge.

TEGLIO (*Sondrio*). — III cond.; L. 5250 elevabili a 6000 dopo il biennio; quinquenni del dec.; indenn. trasp. L. 2000; cav. L. 2000; doppio c.-v. Scadenza 22 gennaio.

UDINE. *R. Prefettura.* — Medico-capo ed ufficiale sanitario. Titoli ed esami. Scad. ore 17 del 25 genn. L. 12,000; due quad. del 17% e del 16% e tre quadrienni del 14% (fino a L. 21,000). Doppio c.-v.; eventuali indennità missione.

VOLTA MANTOVANA (*Mantova*). — Scad. 21 genn.; 1ª cond. e direttore operatore del Civico Ospedale; L. 6750, doppio c.-v., L. 2000 cav., ecc.

Dalla Federazione Laziale-Umbra dei Medici condotti è istituito un Ufficio di collocamento per le condotte della provincia di Roma. Dirigere la corrispondenza al segretario dott. B. Alberti, presso il nostro giornale (via Sistina, 14 - Roma-VI).

Diffide.

Il concorso medico di Concordia Sagittaria (Venezia) è diffidato, come sono rigorosamente diffidati tutti i concorsi dell'intera Prov. di Venezia.

Nuove diffide: Aviano, Vivaro e Castion di Strada (Udine), Bannio Ausina (Novara).

CONCORSI A PREMIO.

Associazione italiana per l'igiene.

L'Associazione bandisce un concorso a premi: *A*) per un opuscolo di propaganda sulla educazione e profilassi sessuale, di non più di 50 pagine a stampa, formato sedicesimo, con un 1° premio di L. 1000 ed un 2° premio di L. 500; *B*) per una conferenza sulla pulizia personale da tenersi in ambiente operaio con un 1° premio di L. 600 ed un 2° premio di L. 300. Scadenza 10 marzo (data del timbro di partenza). Per le norme e per informazioni rivolgersi al segretario dott. Giovanni Palomba, via Vittorio Veneto, 96 - Roma (25).

Erratum. — Nel fascicolo scorso a pag. 68, Formulario, 1ª riga, leggere *Amido solubile.*

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Enrico Trenti è stato insignito della croce di cavaliere della Corona d'Italia, in riconoscimento delle benemerenze acquistate nella lotta contro il tifo esantematico, nel campo di concentramento rumeno ad Avezzano.

Rallegramenti cordiali al nostro collaboratore ed amico.

La Commissione esaminatrice del concorso a medico primario dell'Ospedale di S. Giovanni e della Città di Torino, ha designato all'Amministrazione una terna composta, a parità di merito, dei concorrenti Pesci, Quarelli e Sisto.

L'Amministrazione ha prescelto il prof. Pesci, che aveva diritto alla preferenza perchè era stato assistente nell'Ospedale, mentre gli altri due concorrenti provenivano dalle Cliniche.

In seguito l'Amministrazione deliberava di nominare il primario per una sezione nuova, ed eleggeva il prof. Quarelli.

La Commissione per chirurgo primario ha fatto la seguente terna: Mantelli, Marro e Debernardi. L'Amministrazione dell'Ospedale ha prescelto il prof. Debernardi.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia

(Novembre 1921).

MALATTIE	31 ottobre		6 novemb.		14-20 nov.		21-27 nov.	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	32	171	64	527	67	358	76	401
Scarlattina. .	77	176	83	278	89	281	85	212
Vajuolo e vajoloide . . .	12	34	8	23	16	37	12	28
Tifo addominale . . .	409	1022	38	1386	440	1160	370	873
Difterite e croup . . .	164	308	198	341	180	310	182	313
Dissenteria	24	52	47	138	31	63	21	37

Il fascicolo 12 (15 dicembre 1921) della nostra **SEZIONE CHIRURGICA** contiene:

M. SALAGHI: **Contributo allo studio della deformità di Sprengel.**

F. PUTZU: **Sulle pseudoartrosi.**

L. G. GAZZOTTI: **Contributo dello studio del trapianto osseo alla Hahn-Codivilla.**

G. GAVINA: **Due casi di idronefrosi intermittente.**

NOTIZIE DIVERSE.

Società Internazionale d'Idrologia medica.

In un'assemblea tenutasi a Londra il 9 dicembre u. s. fu costituita la Società Internazionale di Idrologia medica che serra nel suo programma questi tre capisaldi: di incoraggiare in ogni paese le ricerche cliniche e sperimentali di idrologia; di volgarizzare e diffondere le pratiche idrologiche nella profilassi e nella cura delle malattie; ed infine di stabilire un legame scientifico internazionale fra i cultori della idrologia.

Pel conseguimento di questi scopi la Società si propone di indire annualmente dei convegni e dei Congressi a Londra, a Parigi, a Roma ed anche presso stazioni balneari di indiscusso valore; a questi Congressi i soci sono tenuti a partecipare almeno una volta ogni tre anni ed a portare un contributo personale sotto forma di una relazione o di uno studio originale sempre nel campo idrologico. La Società pubblicherà ogni anno un fascicolo intitolato: «Archives of Medical Hydrology», nel quale saranno riportati riassunti e bibliografie di tutti i lavori scientifici comparsi nei varî paesi in materia idriatica; e farà inoltre circolare fra i soci i lavori originali dei soci stessi, i quali riceveranno anche un riassunto delle opere tradotto in inglese e francese.

Il numero dei soci sarà illimitato, ma l'ammissione di ogni singolo socio dovrà essere convalidata dall'assemblea generale, che si raduna a tal uopo ogni anno e che giudicherà dai titoli pratici e scientifici inviati dal candidato sulla sua accettazione.

Attualmente fanno parte della Società un centinaio di soci, in gran parte inglesi e francesi, i quali acclamarono a loro presidente il Dr. Fortescue-Fox, illustrazione dell'ambiente medico-idrologico di Londra, che colla sua attività e colla sua tenacia ha saputo ideare e creare l'Associazione stessa.

I membri italiani, eletti nella prima assemblea costitutiva, furono il prof. Luigi Devoto, benemerito presidente dell'Associazione Idrologica Italiana, ed il dott. Andrea Vinaj, segretario della stessa Società e direttore di Andorno-Bagni.

Il prof. Devoto fu pure nominato rappresentante per l'Italia della Società Internazionale di Idrologia. A queste prime nomine seguiranno altre fra i maggiori cultori di studi idrologici italiani.

Alla prima assemblea di Londra fu presentata una chiara relazione del prof. Devoto sullo sviluppo idrologico italiano e sul progetto di costituzione a Napoli di un Istituto superiore di Idrologia, per lo studio delle Acque minerali e termali e per la preparazione dei giovani medici alla pratica idrologica. La brillante esposizione del Maestro italiano riscosse il più lusinghiero plauso assieme ad un voto di augurio pel successo della moderna iniziativa napoletana.

La nuova Società, che per l'autorità dei suoi membri e per le sue vaste propaggini internazionali, potrà dare un nuovo fecondo slancio allo studio scientifico dell'idrologia medica, riuscirà pure

di grande vantaggio al paese nostro, così ricco di buone sorgenti e di ben organizzate stazioni balneari, se i nostri valorosi idrologi contribuiranno, colla loro geniale e seria collaborazione, a valorizzare i nostri vasti tesori naturali.

A. VINAJ.

Per le stazioni idroclimatiche italiane.

L'Amministrazione dell'Ente Nazionale per le Industrie Turistiche (E. N. I. T.) ha costituito una Commissione permanente per le Stazioni Termo-Minerali e Climatiche d'Italia.

La Commissione è così composta: S. E. L. Rava, presidente; gr. uff. L. V. Bertarelli; gr. uff. M. Doro; il Direttore generale della Sanità od un suo sostituto; il Direttore generale del Demanio od un suo sostituto; un rappresentante delle FF. SS.; sen. G. Sanarelli; prof. V. Ascoli; professor Testoni; prof. C. Cattaneo; prof. G. Gasperini; ing. F. Turilli; prof. L. Devoto; prof. G. Ravaglia; comm. Enrico Forges Davanzati; prof. G. Ruata, segretario.

Corso di perfezionamento in igiene.

Nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Bologna si inizierà il 15 marzo un corso teorico pratico bimestrale per laureati aspiranti ufficiali sanitari. Essendo limitato il numero di posti di studio, nell'accoglimento delle domande d'iscrizione si darà la preferenza ai laureati in Medicina e Chirurgia, e a quelli in Zoojatria, e per essi in ordine di anzianità di laurea.

Domanda, in carta da L. 1.15, al Rettore non oltre il 28 febbraio. Tassa L. 300 da versarsi all'Economato, e sopratassa di L. 65.80.

Si consiglia agli aspiranti di presentarsi forniti di microscopio adatto alle ricerche batteriologiche.

Corso di perfezionamento in Oto-rino-laringologica.

Il 13 febbraio 1922 avrà inizio presso la R. Clinica Oto-rino-laringologica dell'Università di Napoli un corso speciale accelerato in Oto-rino-laringologia per laureati in medicina e chirurgia, autorizzato dal Ministero della P. I.; avrà carattere eminentemente pratico e comprenderà una serie di lezioni di Clinica, Patologia e Igiene dell'orecchio, naso e gola, nonchè esercitazioni ambulatorie.

Alla fine del corso verrà rilasciato, dietro esame, un diploma comprovante la frequenza ed il profitto.

La quota d'iscrizione da versare all'Economo della R. Università è di L. 200, più L. 50 per tassa di esami e diploma.

Il numero degl'iscritti è limitato. Le domande d'iscrizione, in carta da bollo da L. 1 e accompagnate dalla quietanza del versamento, vanno dirette al Direttore della Clinica (Ospedale « Gesù Maria »).

Il settimo centenario dell'Università di Padova.

Come abbiamo già annunziato, nel maggio prossimo Padova celebrerà il settimo centenario del suo glorioso Ateneo. Le feste si svolgeranno sotto l'alto patronato di S. M. il Re. Saranno diramati inviti a tutte le Università d'Italia, dell'Europa e dell'America.

Il Comitato esecutivo si compone del presidente Luigi Lucatello, Rettore dell'Università di Padova; dei professori A. Arcangeli, E. Belmondo, A. Favaro, C. Ferraris, L. Landucci, V. Lazzarini, F. Flori, N. Tamassia, F. Severi, S. Soler, P. Spica e A. Ballini, segretario generale, recatosi appositamente a Roma per gli opportuni accordi col Ministero della P. I.

La C. R. della Calabria per la Russia.

Il Comitato della C. R. I., Sezione Calabrese, ha diramato un invito agli ufficiali e militi disposti ad assumere servizio in unità da mobilitarsi per la Russia, colpita da carestia ed epidemie. Il personale che risponderà affermativamente, dovrà dichiarare di tenersi pronto a raggiungere l'Unità alla quale verrà assegnato in caso di bisogno. Al personale assunto in servizio sarà corrisposto il seguente trattamento economico:

Per le unità dislocate in territorio Russo:

Ufficiali. — Stipendio, indennità professionale ed indennità di missioni all'Estero, come da circolare G. M. U. n. 375 del corr. anno, e L. 1000 di indennità di entrata in servizio, regolata secondo le norme per l'indennità di entrata in campagna.

Truppa. — Paga del grado, indennità di missione all'Estero, come da circolare suddetta. Alloggio e vitto gratuito.

La Croce Rossa Americana per la Russia.

A New York ha avuto luogo una conferenza, convocata per organizzare il lavoro della Croce Rossa Americana, presso il Comitato delle Organizzazioni russe pro affamati.

La Croce Rossa Americana inizia la raccolta di offerte in soccorso degli affamati nella Russia Soviettista, tanto da gruppi e da organizzazioni, quanto da persone private, indipendentemente dalle loro simpatie politiche, tendenze, ecc.

Tutti i mezzi raccolti vengono spesi dalla Croce Rossa Americana esclusivamente per i soccorsi agli affamati, in conformità delle istruzioni del rappresentante della Croce Rossa Russa a Mosca, Wladimin Solowjoff.

(Da *La Russia dei Soviet*).

Si è spento il prof. GIACOMO CIAMICIAN, uno dei più illustri e rinomati nostri chimici. Sono rimaste classiche le sue scoperte sulla serie pirrolica, sull'azione chimica della luce, su varie sostanze organiche nuove.

Era stato insignito del premio Noebel.

La sua scuola fu un vivaio di chimici di valore.

a. p.

A Kazan è morto sul posto di soccorso alle popolazioni colpite di fame il dott. prof. Gärtner, membro della missione di soccorso della Germania, scienziato di valore e uomo di cuore.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Spitalul, n. 10. — I. JIANU. Chirurgia del simpatico. — STERNIK. Trattamento dell'obesità con la tintura di belladonna.

Medical Record, 22 ott. — F. B. TURCK. Shock e fatica con reazioni acute e croniche.

Journal de Chirurgie, nov. — H. LORIN. Anatomia e chirurgia delle paratiroidi. — M. LANCE, J. ANDRIEU e F. CAPPELLE. Sull'osteocondrite deformante giovanile dell'anca.

Folia Gynaecologica, 4. — G. ROMANO. Trapianti placentari. — C. DECIO. Studi clinici e sperimentali sulla menopausa. — F. MARABOTTO. L'emoclasia digestiva nella gravidanza. — S. SCAGLIONE. Immunità naturale fetale.

Annali di Ostetricia e Ginecologia, 31 ott. — F. D'ERCHIA. Per la profilassi dell'infezione peritoneale operatoria in ginecologia.

Bulletin de l'Académie de Médecine, 25 ott. — L. RÉNON e A. JACQUELIN. Sull'asma idatideo.

The Boston Medical and Surgical Journal, 20 ott. — T. A. WIELLIAMS e W. G. WEBBER. L'iperemotività.

Zentralblatt für Chirurgie, 5 nov. — G. PERTHES. Sulle osteotomie. — W. JEHN. L'enfisema mediastinico.

Edinburgh Medical Journal, nov. — J. D. MALCOLM. Shock e contrazione generale delle arterie.

The Lancet, 5 nov. — C. ALLBUTT. Le unità cliniche. — F. P. WEBER. Relazioni della tubercolosi con le condizioni generali e con altre malattie.

La Prensa Medica Argentina, 10 ott. — A. CASAUBON. Bronchiettasie infantili.

Bullettino delle Scienze Mediche, mag.-sett. — A. PERRUCCI. L'azotemia nei ritenzionisti urinari. — A. BUSACCHI. Tumori del collo e struttura tiroidea.

La Presse Médicale, 29 ott. — F. DE MELLO. Trattamento della lebbra.

L'Encéphale, sett.-ott. — ANDRÉ-THOMAS. Sclerosi combinata frusta a decorso lento, regressiva e a ricadute. — D. ANGLADE. I territori intellettuali del cervello. — P. SOLLIER. Sul meccanismo del clono. — NOICA. L'ordine di comparsa dei movimenti volontari e loro scomparsa nello stato patologico.

The Journal of the American Medical Association, 29 ott. — C. H. FRAZIER. La chirurgia del trigemino. — E. R. BROWN. La dieta nella genesi dell'emicrania e di altre cefalalgie. — J. BRYANT. La visceroptosi.

Il 1° fascicolo del 1922 (1° gennaio) della **SEZIONE MEDICA** del «Policlinico», che trovasi in corso di stampa, e che appena pronto spediremo subito ai rispettivi Signori Abbonati, contiene i seguenti lavori:

I. T. PONTANO e E. TRENTI: **La setticoemia meningococcica**.

II. G. PETRAGNANI: **Per colorare le ciglia dei batteri** (con dimostrazione di speciali altri prolungamenti del corpo batterico).

III. G. ARTOM: **Le sindromi anatomo-cliniche del corpo striato**. (Rivista sintetica e critica).

Un grosso fascicolo di 60 pagine che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA** e **CHIRURGICA** potranno ricevere contro invio di cartolina-vaglia di L. **5** al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX — Roma, 23 Gennaio 1922 — Fasc. 4

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

IGIENE.

La malaria nell'Istria media durante il 1920.

Osservazioni sulla bonifica umana e sulla anofelologia regionale. (1)

Dott. M. GIOSEFFI.

Non sarà privo d'interesse seguire l'andamento epidemiologico della malaria in una zona, nella quale durante l'annata precedente fu condotta una campagna larvicida mediante la petrolizzazione ed i pesci larvofagi (2). Talvolta delle osservazioni locali permettono anche delle conclusioni generali.

Le considerazioni di dettaglio si riferiscono alla zona più accuratamente studiata (zona II), comprendente 15 località con 1432 abitanti. Gli altri dati statistici, che riporto a titolo di confronto, si riferiscono alle zone limitrofe e comprendono tutta la regione tra il Canale di Leieme ed il Quieto, complessivamente 9218 abitanti.

Nel periodo interepidemico furono osservati 16 casi di malaria (12 terzane, 4 positivi dalla goccia spessa), dei quali 14 in bambini tra i 5 ed i 12 anni di età.

Secondo i mesi essi si distribuiscono:

Nel dicembre 1919 su 10 casi di malaria (6 terzane, due dalla goccia spessa, due clinicamente diagnosticati) due soli cadono nella zona.

Nel gennaio 1920 su 14 casi (9 terzane, due + dalla g. sp., 3 splenomegalie) 6 cadono nella zona.

(1) Dalla relazione presentata al R. Commissariato generale civile per la Venezia Giulia.
(2) Cfr. *Policlinico*, Sezione pratica, 1920, pagina 920.

Nel febbraio ad un esame degli allievi di una scuola rurale (Foscolino) su 18 ragazzi esaminati 5 risultarono positivi (tre per la terzana, due dalla g. sp.). Meritevole di essere rilevato che i bambini, i quali durante l'estate avevano presentato parassiti della terzana primaverile, questa volta avevano dato risultato negativo, mentre riuscirono positivi proprio quelli che durante il periodo estivo-autunnale avevano dato reperto ematologico negativo. Un bambino, il quale nell'autunno aveva presentato una infezione quartanaria, rivelò nel febbraio la presenza di parassiti della terzana primaverile. Complessivamente si notarono nel febbraio 24 casi positivi per la terzana, dei quali 9 nella, e 15 fuori della zona.

Il marzo non registra alcun caso. L'aprile uno nella, e due fuori zona (recidiva d'infezione albanese).

Una bambina affetta da pulmonite grippale aveva rivelato reperto + dalla g. sp. e contemporaneamente la di lei madre nella convalescenza della grippe parassiti della terzana primaverile. Anche in un altro soggetto adulto, il quale convalescente di una grippe, si portava all'ambulatorio, si riscontrarono parassiti della terzana.

La campagna regolare ebbe inizio il 1° maggio e si chiuse il 30 novembre.

ORGANIZZAZIONE DELLA LOTTA.

Per una lotta antimalarica ispirata precipuam nte ai concetti della bonifica umana non si può fare a meno di un registro anagrafico di *tutta la popolazione* esistente nella zona, casa per casa, oggi, dove sappiamo l'importanza che hanno l'abitazione, la distribuzione delle stalle e dei porcili, il bestiame domestico, ecc., nella epidemiologia della malaria. Anche tutto il movimento migratorio che ha luogo da una località all'altra entro e fuori la zona di risanamento, non può essere vigilato altrimenti che sulla scorta di un registro anagrafico di *tutti* gli abitanti.

In questo saranno segnati i malarici da bonificarsi, le case da disinfestarsi; sulla scorta di esso sarà possibile scovare fuori le forme latenti, e seguire i malarici mobili nel loro movimento migratorio, segnarvi i focolari idrici, la distribuzione delle stalle, ecc., ed avere così non un semplice registro di malarici, ma un vero prospetto della distribuzione della malaria, una vera e propria «pianta della malaria».

Per la *bonifica umana* mi sono organizzato la lotta più che su la base dell'ambulatorio, al quale accorre solo una parte dei malati, mediante lo scovamento diretto dei malarici per mezzo del vigile sanitario e sopra tutto *mediante la vigilanza scolastica*. Il vigile mi segnalava i casi comunque febbricitanti o malati nella zona. I malati poi o comparivano all'ambulatorio, oppure io stesso mi recavo personalmente a visitarli a domicilio. Il maestro poi mi presentava tutti i bambini comunque sospetti, in modo che oltre a vigilare i bambini malarici a me noti, sottoponevo ad esame quelli designatimi dal maestro stesso. Si può dire che nella scuola rurale prescelta fu esercitata quasi una vera vigilanza sanitaria scolastica con particolare riflesso alla malaria ed attuata una bonifica umana mediante il maestro attraverso la scuola. Per non disturbare la lezione durante le ore d'istruzione, argomenti avanzati di solito da pedagoghi contro l'intrusione, secondo alcuni, del medico nella scuola, quel maestro riuniva i ragazzi in altre ore e giorni quando io dovevo recarmi sul luogo, occupandoli nel canto, recite, ecc. Così i bambini erano facili a bonificarsi ed a controllarli senza disturbare la lezione. Ero più facilmente riuscito nell'intento in quanto che disponevo dei vasi di latte, biscotti, semolino, preparati che venivano distribuiti ai più bisognevoli, i quali ingerivano il chinino davanti il maestro. Di quale notevole importanza fosse questo esperimento di *bonifica scolastica* accanto ad una educazione antimalarica scolastica lo desumiamo dalla differente morbilità malarica che ha presentato la parte della zona provvista di una scuola, di fronte alla parte isolata ed abbandonata. Per un gruppo di casolari con 32 abitanti ho trovato una ragazzina delle scuole elementari, più anziana, la quale disimpegnò con zelo ed in modo veramente lodevole la vigilanza antimalarica di quell'isolato di case. Ho tentato di ricorrere ad un simile espediente anche per altre località isolate, ma, è incredibile a dirsi, in nessuna trovai persona alcuna che avesse almeno quei rudimenti di una istruzione elementare da potersi ripromettere un aiuto nella vigilanza dei casi o nella regolare distribuzione ed ingestione del chinino. Invero che le condizioni in cui si trova l'istruzione primaria in qualche frazione della zona sono così avvilienti, che, ove l'autorità superiore, la quale presiede alla pubblica istruzione non pensi di porvi riparo, i migliori sforzi igienico-sanitari riusciranno vani e saranno frustrati dalla ignoranza, dalla indole retriva di quelle popolazioni. Non dimentichiamo che specialmente per le condizioni rurali unicamente la scuola può essere maestra e focolaio di educazione igienica individuale e collettiva.

Difatti mentre nelle località dove si è potuto

procedere alla *bonifica scolastica* non si ebbero che 5 sole recidive microscopicamente accertate, nella parte settentrionale della zona, dove la popolazione è immatura ed ineccepibile ad una educazione antimalarica la bonifica non potè essere che molto incompleta e si ebbero ripetute ed ostinatissime recidive.

Non si fece nè la *profilassi meccanica*, nè quella chininica, ma solo la bonifica dei malarici ed il trattamento radicale dei colpiti da febbre man mano ne venivano colpiti. Qualche caso potrà essere sfuggito. In ogni modo il numero di essi non può essere stato che esiguo quando si consideri che su 1432 abitanti prelevai 833 preparati con 10.3 % di risultati positivi, percentualità che si scosta ben poco da quella rilevata per i malati non appartenenti alla zona, 29 positivi su 355 esaminati (=8.1 %) e che concerne individui esaminati sistematicamente senza distinzione di anamnesi positiva o negativa per malaria. Essendosi notata al principio dell'estate una ondata influenzale mite ed essendosi avuta inoltre una epidemia di parotite epidemica che non risparmiò, si può dire, nessuno dei bambini nè quasi gli adulti, è molto dubbio che 18 casi febbricitanti in quell'epoca con reperto parassitario negativo abbiano sempre rappresentato delle recidive di malaria cronica per il solo fatto della splenomegalia cronica, di qualche brivido e del passato nosologico positivo per malaria, poichè altrimenti noi verremmo a costruire dei quadri clinici di malaria complicata a parotiti ed orchiti, quali la letteratura raramente e dubbiamente registra.

In un piccolo gruppo di case coloniche con 26 abitanti (S. Servolo) ed uno stagno popolato di pesci distante qualche centinaio di metri dai casolari, nei quali durante il 1918-1919 si erano verificati 7 casi di malaria (3 terzane, 1 estivo-autunnale, 1 quartana, 2 positivi dalla goccia spessa) si ebbero tre recidive, una nel maggio e due nel giugno (senza reperto parassitario positivo). Contrassero invece nell'agosto uno dietro l'altro delle infezioni primitive i componenti una intera famiglia immigratavi da luogo indenne, che non aveva mai sofferto in precedenza di malattie febbrili, e precisamente la madre di 38 anni (terzana), il padre di 42 anni (clinicamente diagnosticata), una figlia di 15 anni (terzana), un figlio di 9 anni (estivo-autunnale), un lattante di 11 mesi (terzana).

È ovvio ammettere che la fonte dell'infezione vada ricercata in taluno dei vecchi malarici i quali avevano acquistato con la chininizzazione uno stato di latenza ed una semi-immunità, mentre la famiglia neoimmigrata, vergine, rimase subito colpita. Non così facile fu la scoperta del focolaio anofeligeno, poichè tale non si poteva considerare lo stagno popolato di pesci, nel quale nè nel 1919, nè nel 1920 si rinvennero non larve di culex, nè larve di anofele, neppure alle sponde, tra la scarsa vegetazione palustre esistente per qualche tratto di sponda ripida, sistemata, reperto che contrastava già l'anno scorso con l'abbondanza di alate nelle stalle.

È lecito arguire che gli scarsi anofeli di quest'anno dovevano provenire presumibilmente da qualche focolaio idrico più lontano dai casolari, nascosto nella macchia.

Complessivamente si ebbero entro e fuori della zona 83 terzane, 3 quartane, 29 estivo-autunnali, secondo i mesi così distribuite:

	Reparti esaminati	Terzana	Quartana	Estivo-autunnali
V	122	3	—	—
VI	277	21	—	—
VII	273	24	1	3
VIII	238	15	—	11
IX	103	11	1	6
X	73	7	1	4
XI	53	2	—	5
	1019	83	3	29

Facendo una distinzione tra la parte meridionale della zona, dove la scuola ha potuto esercitare la sua funzione di propaganda e di bonifica antimalarica, e quella settentrionale, noi ci accorgiamo di un notevole spostamento della morbilità a vantaggio della prima frazione.

Su 313 preparati appartenenti alla frazione meridionale abbiamo 5, neppure 1.5 % di positivi (sottratti i 5 verificati negli neoimmigrati nei casolari isolati di San Servolo dove non si potevano avere garanzie per una regolare bonifica); e su 481 preparati appartenenti alla frazione settentrionale 71 (= 14.9 %) di positivi, prova evidente della influenza benefica ottenuta con la bonifica scolastica, poichè gli altri fattori che influiscono sull'andamento epidemiologico della malaria (meteore, condizioni economiche, bestiame domestico, ecc.) sono stati per tutte e due le frazioni gli stessi.

Mi limiterò a riportare alcuni dettagli relativi alla località più infetta nella quale si notarono su 266 abitanti 41 casi microscopicamente positivi, tra altri due terzane nel giugno ripetutesi come terzane nel luglio, un'altra terzana nel giugno in un bambino di 10 anni che si ripetè tre volte come terzana nel luglio, mentre nel 1919 non vi erano che semilune; una terzana nel giugno in una ragazzina

di 14 anni ripetutasi nel luglio come terzana e poi 4 volte come estivo-autunnale (2 volte nell'ottobre, 2 volte nel novembre); una terzana nel luglio che nel 1919 si era presentata come estivo-autunnale e che si ripetè due volte ancora nel luglio come terzana; una terzana nel luglio in un ex milite ripetutasi come terzana, una terzana nel settembre in un bambino di 6 anni che a tre esami precedenti aveva dato reperto negativo; una terzana nell'agosto in un bambino di 6 anni, che poi risultò negativo e si ripetè come quartana nel settembre e nell'ottobre di nuovo come terzana; una quartana nel luglio in una bambina di 9 anni ripetutasi come terzana nello stesso mese; una estivo-autunnale in una bambina di 6 anni nel luglio ripetutasi nello stesso mese come estivo-autunnale; una estivo-autunnale nel settembre ripetutasi come estivo-autunnale nello stesso mese; una estivo-autunnale in un ragazzino di 9 anni nel luglio ripetutasi due volte nell'agosto come estivo-autunnale e nel settembre come terzana; una estivo-autunnale in un ragazzino di 9 anni nel luglio ripetutasi come terzana nel settembre e di nuovo come estivo-autunnale nel novembre.

Un lattante di un mese, itterico fino dalla nascita, rivelò il 20 giugno parassiti della terzana, milza palpabile; esaminato contemporaneamente il padre asseritamente sano, questi risultò portatore di parassiti terzanari. Il bambino soccombeva dopo 6 giorni in seguito a mancata (?) insufficiente (?) chininizzazione, a malformazione congenita delle vie biliari (?). Non s'è potuta eseguire l'autopsia. È questo il primo caso di indubbia infezione terzanaria primitiva dell'annata. È attendibile che l'infezione del lattante avvenne con una alata delle nuove generazioni che si infettò nell'ambiente domestico, dove il padre stesso si rivelò un parassitifero terzanario apiretico. È questa una prova di più come nella bonifica noi non dobbiamo considerare soltanto il malato, l'uomo malarico, ma «*la casa malarica*»; ed è quello che non si può bene realizzare se non che con il registro anagrafico alla mano, di tutti gli abitanti, casa per casa.

Alcune particolarità cliniche - Malaria eclamptica. — Una bambina di 9 anni veniva portata dalla madre all'ambulatorio, perchè essa andava soggetta da un mese circa ad attacchi convulsivi tutte le notti, sempre alla stessa ora, dopo il primo sonno; la madre non si era accorta che la bambina febbricitasse. La milza debordava tre dita dall'arcata costale; la bambina aveva un colorito terreo; l'esame microscopico del sangue risultò negativo, però chininizzata intensamente e regolarmente la bambina, le convulsioni non si ripeterono più. Dai registri si rilevò che quella bambina aveva avuto nel 1917 parassiti della quartana.

In un caso di *intolleranza per il chinino* a causa di un intenso prurito che l'ingestione, anche di piccole dosi, causava all'ammalata, per cui non era il caso che facesse una cura chinacea, ottenni un considerevole vantaggio con la somministrazione contemporanea del Ca Cl_2 che rese possibile una regolare chininizzazione e la scomparsa della febbre.

Intossicazione da chinino. — Un bambino di 10 anni, il quale ingerì per celia 15 compresse di cloridrato di chinino da 0.25 gr., complessivamente 3.75 gr., fu preso immediatamente da vomito di modo che buona parte del chinino venne emessa prima che ne avvenisse l'assorbimento completo ed il bambino se la cavò con uno stato di ebbrezza e di vertigini durati circa due giorni.

Le forme chinino resistenti. — Mi sono sempre più convinto che non è possibile nella chininizzazione vincolarsi a determinati schemi, ma che conviene individualizzare specialmente nelle forme inveterate e chinino-resistenti, seguendo la massima di una cura rapida, intensa, prolungata dapprima, ed attenuata di poi, interrompendola però talvolta, quando si trattava di forme ribelli o resistenti sostituendo od associando al chinino l'adrenalina, la stricnina. Per vincere queste forme io penso, che, quando non si incontri il consenso dei genitori per sottrarre quei malati, che sono nella stragrande maggioranza bambini, allo ambiente, converrebbe mobilizzare nella zona una nurse debitamente istruita, davanti la quale i malati dovrebbero ingerire il chinino e varrebbe la pena fare anche degli esperimenti con delle maestre previamente istruite nella profilassi e cura della malaria, corrispondentemente retribuite, dato che oltre la metà dei malarici è rappresentata da ragazzi obbligati alla frequentazione della scuola.

Una distribuzione del chinino mediante i vigili fatta in modo che tutti i giorni ciascun malarico venga ad ingerire il sale chinaceo in sua presenza richiederebbe per una località di qualche centinaio di abitanti una spesa di 300 lire al mese! La retribuzione ad una maestra per la collaborazione antimalarica potrebbe essere molto inferiore.

ANOFELOLOGIA.

Nei mesi invernali non riuscii a trovare alcuna larva negli acquitrini.

Le prime larve di culex, piccolissime, con vivaci movimenti, che appena disturbate andavano a nascondersi sotto qualche sassolino, o

nelle fessure, rinvenni il 16 aprile in una raccolta d'acqua in una cava aprica esposta a mezzogiorno, riparata dai venti. Numerosissime erano in maggio le larve di culex in un fossato alla immediata periferia della città, dove si raccolgono ogni sorta d'immondizie, di cascami, di rifiuti della economia domestica, di vasi di latta che riempiti d'acqua dopo le pioggie divengono dei serbatoi di larve numerosissime. Nello stesso mese si ebbe una invasione di culex in uno stanzone dell'istituto musicale della città stessa.

Le prime larve di anofeli, piccolissime, rinvenni in uno stagno riparato dai venti, soleggiato, il 23 aprile.

La prima alata novella catturai il 21 maggio in una stalla di buoi. Nel giugno-luglio catturai singoli esemplari per ambiente, di fronte a parecchi per $m.^2$ di superficie nel 1919, anche in altre parti della zona. Dall'agosto in avanti non sono più riuscito a catturare alcuna alata negli stallaggi e nei porcili, almeno non nelle ore di mia presenza nella zona (nel pomeriggio fino al crepuscolo): non è da escludersi però che dopo il ritorno degli animali dal pascolo, anofeli sieno entrati negli stallaggi.

Nello stagno dove nel 1919 vennero immessi i pesci non rinvenni alcuna larva; il medico del distretto mi informava che con qualche difficoltà ne aveva veduta *una* il 22 luglio. Alle sponde, dove il fondo è meno basso, dato anche che lo stagno non è sistemato lungo tutto l'orlo, singole larve potranno riscontrarsi, perchè fin lì i pesci non vi giungono; in ogni modo esse saranno scarse e se mai raggiungiamo con la piscicoltura una diminuzione degli anofeli sotto l'indice epidemigeno (Ross), possiamo dire che per la lotta contro la malaria è già abbastanza di guadagnato.

Gli ultimi di luglio tutte le raccolte d'acqua superficiale anche di stagni maggiori, e nello agosto anche quello con i pesci si prosciugarono. Non vi erano raccolte idriche da petrolizzare. Nelle numerose vasche in cemento che in una località parecchie famiglie tengono attorno le case vennero immessi i pesciolini e non vi si ebbero nè larve di culex nè larve di anofele. Si può dire che la campagna larvicida di quest'anno, dall'agosto in avanti, è stata opera della Natura. La siccità persistente dal 18 luglio non permise la formazione di alcun focolaio anofeligeno. Pur non potendo fornire delle cifre concrete per la zona riguardo alle precipitazioni meteoriche, citerò quelle del prof. Vercelli (R. Istituto Geofisico) relative a Trieste, prendendo da un lato i valori medî del sessantennio 1840-1900, dall'altro quelli del 1920; precipitazione media annua 1088 mm.; precipitazione nel 1920 a tutto 22 novembre mm. 647; mese più piovoso ottobre con una media di mm. 156; pioggia nell'ottobre 1920 mm. 28; precipitazione dal 1° luglio al 22 novembre 1920 mm. 163. Un periodo estivo-autunnale scarso di pioggie come il 1920, osservava il prof. Vercelli, è unico nelle memorie dell'Istituto Geofisico di Trieste. E dire che per la nostra zona, come per tutta la regione tra il Canale di Leeme ed il Quieto, le condizioni sono state di gran lunga peggiori, poichè le precipitazioni che quivi si notano non raggiungono neppure la decima parte di quelle che si osservano per Trieste! Se anche vi fu qualche precipitazione di brevissima durata, l'acqua caduta in poche ore era evaporata. Alla fine di novembre tale eccezionale siccità persisteva.

Se abbiamo avuto perciò una annata poverissima di anofeli non lo dobbiamo all'opera dell'uomo, la quale, se mai, avrebbe dovuto intervenire nel maggio-giugno ed anche prima, nè per avvenute petrolizzazioni, nè per opera di piccole bonifiche, poichè tali non si possono considerare i lavori di pulizia degli stagni e degli acquitrini, quando questi erano ridotti a poltiglia melmosa, putrescente, rivestita da detrito vegetale, da sterco animale; quei lavori sono stati fatti più per evitare l'interrimento dei bacini di raccolta che per fare un'opera antianofelica, la quale richiede invece un diserbo razionale, continuo ed una sistemazione delle sponde, quando gli stagni mantengono il loro specchio d'acqua, in modo da evitare i bassifondi alle sponde.

EPIDEMIOLOGIA.

Il massimo delle infezioni si ebbe nei mesi di giugno e luglio. L'epidemia della estivo-autunnale è mancata affatto. Però ove non fossimo stati favoriti dalla eccezionale siccità, la quale, se non distrusse completamente la popolazione anofelica, la ridusse notevolmente, non ci sarebbe mancata, a giudicare dall'elevato indice epidemiologico rispetto a quello dell'anno precedente, se non una epidemia della estivo-autunnale, certamente un numero maggiore d'infezioni estivo-autunnali.

Non è escluso che anche l'aumento del bestiame domestico abbia avuto la sua parte nell'attenuazione della malaria. Osserverò che quando durante la guerra si ebbe la fiammata malarica (1) gli stallaggi ed i porcili erano

(1) Cfr. *La fiammata malarica nell'Istria media durante la guerra.* G. O. e Cl., 1919, n. 22.

quasi vuoti, che ville con 200 abitanti ed oltre non avevano che 5 o 6 paia di buoi e qualche maiale, mentre oggi si contano a 40 e 50 i bovini, a 30-50-70 (!) i suini in quelle ville.

Di infezioni indubbiamente primitive, oltre ai 5 immigrati da paese indenne abbiamo i seguenti lattanti:

A) di 1 mese con parassiti terzanari il 21 giugno (morto il 27 giugno);

A) di 4 mesi con parassiti terzanari il 27 luglio;

A) di 7 mesi con parassiti terzanari il 27 agosto;

B) di 5 mesi con parassiti terzanari il 5 settembre;

B) di 5 mesi con parassiti terzanari l'8 settembre;

A) di 22 giorni con parassiti terzanari l'8 settembre, (morto il 18 settembre);

A) di 1 mese con parassiti terzanari il 22 settembre (primo accesso febbrile a 17 giorni di età);

B) di 8 mesi con parassiti terzanari il 27 settembre;

B) di 2 mesi con parassiti terzanari ed estivo-autunnali, il 28 settembre;

A) di 6 mesi con parassiti terzanari estivo-autunnali, l'8 ottobre;

A) di 8 mesi con parassiti terzanari il 6 ottobre;

A) di 6 mesi con parassiti terzanari il 14 ottobre:

B) di 6 mesi con parassiti terzanari il 13 ottobre;

A) di 9 mesi con parassiti terzanari il 18 ottobre.

La prima infezione estivo-autunnale fu notata il 16 luglio.

La prima infezione terzanaria si riscontrò dunque il 21 giugno. Se consideriamo che il periodo d'incubazione nell'uomo e in quello della zanzara è di 20-30 giorni, noi arriviamo alla conclusione che l'alata, la quale deve avere infettato quel lattante, doveva ricercarsi nella prima o tutt'al più nella seconda decade del maggio. Difatti, come rilevai, il 21 maggio catturai la prima alata novella nella zona. Valutando con le temperature dell'aprile e maggio (Cfr. le annesse tabelle) lo sviluppo larvale, secondo Grassi e Sella, a 44 giorni (poco divergono in quest'anno le temperature della zona con quelle del Lazio) noi giungiamo a stabilire che le larve dalle quali si schiuse la rispettiva generazione di alate si dovevano trovare negli stagni la 1ª e 2ª decade dell'aprile, ciò che coincide con le nostre osservazioni dianzi riferite dove il 23 di aprile rinvenni le prime larve. Resterà a studiare per la regione istriana se quelle larve dell'aprile derivano dalla deposizione delle ibernanti o se non abbiamo a fare già con una seconda generazione. In ogni modo dal punto di vista della profilassi pratica ne consegue che per una disinfestazione noi dovremo intervenire con le petrolizzazioni precoci già nel maggio se non nell'aprile anche nell'Istria.

CONCLUSIONI.

1° I risultati favorevoli ottenuti nell'annata sono da ascriversi alla bonifica umana, integrata dalla migliorata alimentazione degli abitanti, dall'aumento del bestiame domestico, dalla campagna larvicida dell'annata precedente, sostituita quest'anno dall'essiccamento completo di ogni focolaio anofeligeno nell'estate avanzata.

2° Tutti gli accennati fattori però, dissociati dalla razionale bonifica non hanno condotto a quei risultati che si possono vantare invece per quella frazione della zona dove la bonifica umana procedette attraverso la scuola in modo esemplare.

3° Tale bonifica umana non può attuarsi radicalmente che mediante lo scovamento dei malarici manifesti e latenti, mediante la vigilanza scolastica, e con l'aiuto di una vigilatrice che nelle piccole borgate rurali sprovviste di scuola potrebbe essere anche una maestra elementare previamente istruita nella lotta e nella profilassi antimalarica, considerato che oltre la metà del materiale umano infettante è rappresentato da ragazzi nel periodo scolare.

4° Nella organizzazione della lotta è indispensabile un registro anagrafico di *tutti* gli abitanti casa per casa, al fine di avere alla chiusa della stagione non già un semplice elenco di malarici, ma una vera e propria pianta della malaria.

5° Oltre alla chininizzazione conviene facilitare la somministrazione di preparati ricostituenti ed attivanti le forme latenti (adrenalina, stricnina).

6° Per la disinfestazione idrica conviene intervenire con le petrolizzazioni precoci già nel mese di maggio od anche in aprile e per quella aerea invogliare mediante premî gli scolari alla cattura a mano degli anofeli da inviarsi alla centrale d'accertamento (stazione zoologica) per la determinazione mensile dell'indice sporozoitico, il quale a canto a quello epidemiologico e parassitario ci forniranno una misura esatta sul reale andamento dell'annata.

7° Per l'educazione antimalarica rispettivamente per la propaganda antimalarica sarebbero da istituire presso le scuole agrarie (nell'Istria, p. es., a Parenzo e Pisino) dei corsi

regolari d'igiene rurale con particolare riflesso alla lotta contro la malaria (come anche contro la tubercolosi) secondo un programma prestabilito di comune accordo tra l'autorità sanitaria, quella scolastica e l'agraria e di provvedere all'insegnamento antimalarico occasionale nelle scuole rurali della regione mediante i maestri previamente istruiti in un corso accelerato di profilassi antimalarica.

Parenzo (Istria), marzo 1921.

A questo lavoro sono annesse due tabelle che, d'intesa con l'Autore, si omettono per ragioni di spazio. (*N. d. Redazione*).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. OSPEDALE DEI SS. COSIMO E DAMIANO IN PESCIA.

Reparto chirurgico diretto dal prof. A. CORDERO.

Ectopia del testicolo ed anomala inserzione ventrale del « gubernaculum testis ».

Dott. G. B. ANTONGIOVANNI, aiuto.

Scorrendo le statistiche di molti autori sul capitolo delle ernie e compulsando altresì sulla stessa questione i trattati di chirurgia si nota come nell'ernia inguinale in una percentuale che varia da 0.80 (Crosti) al 3.33 % (Novaro), si riscontra ectopia del testicolo. Il chirurgo però considera queste ectopie dal lato clinico, cioè dalla possibilità o meno di poter ricondurre chirurgicamente nella sede naturale il testicolo deviato. (Gatti, Monzardo, Andrei, Brun, ecc.).

Però considera un'*ectopia addominale, intrainguinale, femorale, scroto-femorale, perineale, scrotale*, ecc., e prende specialmente in considerazione quei casi in cui un'eccessiva brevità dei funicoli impedisce l'orchidopessi nel fondo dello scroto.

Non mi par quindi privo d'interesse il riferire su alcune considerazioni embriologiche che mi sono venute in mente vedendo in un ragazzo una forma di ectopia testicolare che oltre ad essere rara per sè stessa, può servire a confermare alcune delle moderne vedute sulle condizioni embriologiche che presiedono alla discesa del testicolo durante lo sviluppo.

T. A., di anni 8, di Borgo a Buggiano, entra in Ospedale il 15 marzo 1921. Il ragazzo è di ottima costituzione fisica, ed in eccellente stato di nutrizione e sanguificazione. Niente di notevole nei suoi precedenti ereditari e personali. Non ha sofferto di malattie importanti nè dei comuni esantemi dell'infanzia. La madre lo ha portato al chirurgo perchè preoccupata da qualche senso di molestia che accusa il figlio nelle regioni inguino-scrotali e per la presenza nella regione alta dell'inguine di un « tumoretto » assai dolente alla pressione diretta.

Esame obbiettivo. — La borsa scrotale si presenta bene sviluppata da ambo i lati. Palpandola nella stazione eretta si nota che è occupata da un contenuto molle e cedevole, che sfugge alla palpazione, che non provoca dolore e che scompare preceduto da un piccolo gorgoglio quando lo si spinge verso l'alto. Dopo la riduzione manuale di questo contenuto dello scroto si nota che nella sua cavità non si rinviene traccie, nè di testicolo, nè di epididimo, nè di cordone spermatico. La borsa scrotale rimane insomma completamente vuota.

Senonchè palpando nella regione inguinale ci è facile scoprire un tumoreto appariscente, ovoidale, di consistenza solida che provoca un dolore speciale alla compressione e che è situato a due dita trasverse al di fuori ed al di sopra dell'anello inguinale esterno. Tale tumoretto è sottocutaneo, sdrucciola facilmente sotto le dita e permette che lo si sposti solo moderatamente in basso e di lato. È insomma impossibile portarlo più in alto della posizione che occupa normalmente. In continuità col suo polo inferiore si apprezza pure un cordone della grossezza di un cannello da penna molle e fascicolato che si perde in vicinanza del ligamento del Poupart.

Atto operatorio. — Il ragazzo viene operato dal mio primario prof. A. Cordero aiutato dal sottoscritto. Incisa la cute ed il sottocutaneo ci troviamo subito in presenza del testicolo che è situato libero sulla pagina anteriore dell'aponeurosi del m. grande obliquo. È invece in connessione evidente col cellulare sottocutaneo e solo dopo alcune manovre di sbrigliamento si riesce a sollevarlo e distaccarlo dalle aderenze contratte. Il suo asse maggiore è presso a poco diretto in senso parallelo al ligamento del Poupart, il suo epididimo è situato posteriormente con la testa in basso e la coda in alto. A questa ultima fa seguito il cordone spermatico che raggiunge dall'alto al basso e dall'esterno verso l'interno l'anello inguinale sottocutaneo ed in esso si insinua formando un angolo acuto con la porzione intrainguinale.

Il testicolo è sicuramente ricoperto dalla tonaca vaginale propria nella quale al tatto si riscontra completamente libero nei suoi limiti anatomici.

Allo esterno della tonaca vaginale propria si individua la tonaca vaginale comune che si può seguire lungo il cordone spermatico fino all'anello inguinale sottocutaneo. Incisa l'aponeurosi del grande obliquo si può seguire il cordone spermatico fino all'anello inguinale profondo e ci accorgiamo che è aderente, non molto intimamente però, ad un sacco erniario elastico e sottile che si prolunga verso lo scroto. Inciso questo sacco, esso contiene un'ansa del tenue intestino.

Si distacca il sacco dalle aderenze del cordone spermatico e lo si lega in alto. Si abbassa quindi il testicolo che entra con tutta facilità nel suo compartimento dello scroto. Il cordone ha dunque una lunghezza normale e più che sufficiente per permettere la discesa del testicolo fino al fondo della borsa. Non è quindi nemmeno necessario fare l'orchidopessi.

Si completa l'operazione con la ricostruzione del tragitto inguinale col metodo Bassini.

A me sembra che dall'osservazione del suesposto caso clinico debbano scaturire dei dati di carattere sì prevalentemente anatomico ed embriologico, ma che possono tornare utili al chirurgo che considera la sua opera come integrazione delle manchevolezze della natura e che si propone nei suoi interventi di seguire la via tracciata nella normalità dalle forze fisiologiche.

Sappiamo dall'embriologia come dal mesonefro primitivo o corpo di Wolf che si trova a livello della futura colonna vertebrale lombare si differenzino due importantissimi organi e cioè il metanefro o rene definitivo ed il corpo genitale (ovaio o testicolo). Procedendo oltre nello sviluppo e trasformatosi con profonda metamorfosi il suddetto corpo genitale nell'organo genitale maschile, questo rimane fino al 2° mese nel luogo ove ha preso origine, cioè come si è detto nella regione lombare. La sua estremità caudale è riunita alla regione inguinale per mezzo del *ligamento inguinale* compreso in una duplicatura del peritoneo (Mesorchiagogo di Tourneux).

Questo ligamento si trasforma gradualmente in un robusto cordone connettivale con cellule muscolari liscie. (Ligamento inguinale di Köllicher). Ora a livello dell'orificio addominale del canale inguinale l'estremità inferiore di questo ligamento prende connessione col cosiddetto *cono inguinale* o *cordone cellulare* che è una formazione conica a base di tessuto connettivo e muscolare cresciuto nel fondo della ***borsa inguinale*** (futuro scroto) costituitasi in una evaginazione della parete del ventre.

Il ligamento inguinale ed il cono inguinale costituiscono insieme il così detto *Gubernaculum testis di Hunter* che ha così grande importanza nella migrazione del testicolo. Nella prima fase di discesa di questo organo ha una parte predominante il ligamento inguinale che non ha altro scopo che di avvicinare l'estremità caudale del testicolo e dell'epididimo alla regione dell'inguine. Alla fine del 6° mese di vita fetale invece entra in funzione il 2° elemento costituente il *Gubernaculum testis*, cioè il già rammentato cono inguinale che, sviluppandosi, penetra attraverso la parete del ven-

1. Peritoneo. — 2. Fascia trasversalis. — 3. Muscolo trasverso dell'addome. — 4. Muscolo obliquo interno. — 5. Aponeurosi del m. obliquo esterno. — 6. Fascia clemasterica. — 7. Pelle dell'addome e scroto. — 8. Branca ascendente del pube. — 9. Muscolo pettineo. — 10. Muscolo breve adduttore. — 11. Ligamento del Falloppio. — 12. Testicolo. — 13. Tunica vaginale propria. — 14. Sacco erniario.

tre nell'interno di questo in un punto corrispondente al futuro canale inguinale. L'apice del cono abbiamo visto che si prolunga nel ligamento genito-inguinale che lo congiunge al testicolo ed epididimo.

Retraendosi sempre più il *Gubernaculum* di Hunter il testicolo con l'epididimo, il principio del canale deferente ed i rispettivi vasi e nervi sono sempre più attratti attraverso il canale inguinale verso il fondo della borsa obbligandoli a trascinar seco un prolungamento del peritoneo. (*Processo vaginale del peritoneo*). I residui del ligamento inguinale e del cono inguinale rimarranno a formare li *ligamento scrotale del testicolo*. Verrà in ultimo ad obliterarsi la comunicazione del processo vaginale del peritoneo con la cavità peritoneale grande e così testicolo ed epididimo acquisteranno una cavità sierosa propria.

Queste sono in succinto le condizioni embriologiche con le quali normalmente si svolge la discesa del testicolo. Da queste ben si comprende come una viziosa migrazione od una deviazione dell'organo possa essere insita:

1° in una eccessiva lunghezza o incompleta retrazione del *Gubernaculum testis;*

2° in ostacoli che il testicolo incontri, nel discendere, al livello dei piani muscolari e fibrosi della parete, o a livello cioè del piccolo obliquo e del trasverso o all'altezza del piano aponeurotico del grande obliquo.

Orbene nel nostro caso sono da escludere completamente le suesposte cause di anomalia nel processo di discesa del testicolo e che in via generale sono invocate a spiegare i vari casi di criptorchidia e di ectopia del testicolo. Intanto il *Gubernaculum testis* aveva una lunghezza normale perchè il percorso che ha seguito il testicolo dalla regione lombare al luogo ove lo abbiamo trovato (faccia anteriore dell'aponeurosi del grande obliquo) è uguale se non maggiore al percorso fisiologico dalla regione lombare al fondo dello scroto, tanto è vero che la lunghezza del cordone spermatico è stata sufficiente al chirurgo per riporre nel fondo dello scroto l'organo sfuggito.

Nè d'altra parte si sono avuti ostacoli in corrispondenza dei piani muscolari o fibrosi della parete ventrale perchè il canale inguinale non solo è stato in primo tempo passato dal testicolo, ma è stato anche oltrepassato in 2° tempo dall'intestino erniato che è riuscito a giungere fino al fondo dello scroto. Quindi pervietà anzi dilatazione dell'ingresso della borsa. Ecco dunque che per spiegare il nostro caso non possiamo invocare un'alterazione del processo fisiologico di discesa del testicolo, ma piuttosto una grave alterazione embriologica. Abbiamo detto più sopra come il cono inguinale o cordone cellulare denso (Souliè) è destinato a mettere in unione il fondo dello scroto con il ligamento inguinale. Evidentemente nel nostro caso la base del cono inguinale e l'abbozzo dello scroto non si sono formati nello stesso punto della parete del ventre ma distanti l'uno dall'altro. Così il cono inguinale ha sì adempiuto al suo ufficio di attrarre il testicolo fuori del canale inguinale, ma lo ha attirato nella sua anomala posizione, lasciando vuota la borsa scrotale. L'ernia poi può essere avvenuta con due meccanismi differenti. O è un'ernia congenita nel senso che un diverticolo sieroso del dotto vagino-peritoneale che accompagnava in sede anomala il testicolo veniva spinto dalla pressione addominale nella cavità vuota dello scroto, oppure è un'ernia acquisita se si è formata dopo l'obliterazione del canale vagino, peritoneale, obliterazione che noi riscontrammo completa al momento dell'atto operatorio.

LAVORI CONSULTATI.

CHIARUGI. *Trattato d'anatomia.*
F. TOURNEUX. *Précis d'embryologie.*
BERGMANN. *Trattato di chirurgia.*
WULLSTEIN e WILMS. *Trattato di chirurgia.*
E. FORGUE. *Patologia chirurgica.*
G. GATTI. *Ernia inguinale nell'infanzia.*
ANDREI. *Riforma medica*, n. 28, 1909.
NOVARO. *La clinica chirurgica*, 1914.

NOTE E CONTRIBUTI

L'argento colloidale elettrico nella cura del vaiuolo.

Dott. FRANCESCO ANTONIO BRANCIA.

Avendo provato l'argento colloidale elettrico in alcuni casi di morbillo — qualcuno grave — ed in due casi di scarlattina con risultati felicissimi, volli sperimentarlo sistematicamente in ventisette vaiuolosi, da me curati durante l'epidemia che qui avvampò sulla fine del 1919, nel breve periodo di una licenza, poichè allora ero militare.

Artificialmente e per non dovermi molto dilungare a descrivere la sintomatologia, del resto un po' monotona, dei singoli infermi, li divido in tre categorie: la prima, vaiuolosi nel periodo *prodramico;* la seconda vaiuolosi nel *periodo eruttivo allo studio di papule e vescicale;* la terza categoria, infine, vaiuolosi nel *periodo eruttivo allo stadio pustoloso.*

Gl'infermi (tredici) trattati con l'argento colloidale elettrico nel periodo prodromico — eravamo in piena epidemia e la diagnosi riusciva facile — tutti in seguito alla somministrazione di detto medicamento per via ipodermica alla dose di cinque centimetri cubici due volte al giorno — 10 cmc. *pro die* — nel

periodo eruttivo ebbero eruzione discreta, febbre modica (massimo 39°), fenomeni generali mai gravi, polso sostenuto ed in rapporto alla temperatura. Eppure molti di essi (sette) avevano presentato nel periodo prodramico febbre alta (40°.5-40°); — una giovane donna 41°7 — delirio violento o stato comatoso, polso frequente e piccolo (130-140); un bambino di otto anni esantema iniziale a carattere nettamente emorragico; insomma un complesso sintomatico che, in via ordinaria, avrebbe dovuto produrre uno stato gravissimo se non mortale nel periodo eruttivo. Eppure nessuno morì, ed il decorso dell'infezione fu mite e tranquillo.

Negli ammalati invece nei quali l'infezione vaiuolosa aveva raggiunto nell'eruzione lo stadio di papula e vescicola, l'iniezione sottocutanea di argento colloidale elettrico (10 ed anche 20 cmc. *pro die*) generalmente dopo ventiquattro ore produceva diminuzione della temperatura, sensibile migliorava il polso, parallelamente lo stato generale ne risentiva un benefico effetto. In due casi gravissimi — di cui uno complicato a bronco-polmonite doppia ed il secondo a difterite con intenso delirio, temperatura alta 40° — polso frequente, piccolo, aritmico, si ebbe dall'uso dell'argento colloidale elettrico, coadiuvato dalla cura sintomatica in uno e da quella specifica (siero antidifterico ad alte dosi immunizzanti) nell'altro, guarigione rapida ed insperata.

In un altro caso — si trattava di una donna sulla quarantina — oltre ad eruzione intensa e confluente T. 140, P. 140, vi era uno stato emorragico generale (mucosa, pelle, ematuria, enterroragia) si ebbe pure la guarigione con l'argento colloidale elettrico, coadiuvato dai comuni medicamenti per gli stati di porpora. In detta donna l'infezione fu burrascosissima fin dal principio, perchè dopo qualche giorno dall'inizio del male comparvero l'emorragia, la temperatura dal primo giorno elevata, e sempre andava peggiorando. La vidi in consulto con un distinto collega nel periodo eruttivo allo stadio di papula e vescicola e consigliai l'argento colloidale elettrico. Siamo riusciti a salvarla ed ancora una volta tale medicamento non mi venne meno.

Di tutti gli ammalati, che apparterrebbero alla seconda categoria della mia classifica (in numero di dieci) nessuno morì.

Curai quattro vaiuolosi nel periodo pustoloso — uno nello stato pre-aganico — e tutti trattati con l'argento colloidale elettrico morirono e nessuno ebbe alcun miglioramento.

Dallo studio clinico di detti casi di vaiuolo trattati con l'argento colloidale elettrico sono autorizzato a sintetizzare le conclusioni così:

1° L'argento colloidale elettrico nel vaiuolo nel periodo prodramico riesce un rimedio molto efficace, se non specifico per come lo considera Deunam, spezzando la virulenza dell'infezione e modificando sensibilmente il periodo eruttivo.

2° Usato nel periodo di eruzione allo stadio di vescicala e di papula migliora sensibilmente io stato generale e riesce anche nei casi gravissimi a vincere il male; non modifica però affatto lo stadio pustoloso che ne consegue.

3° Alla fine del periodo di eruzione (i casi pochi e disperati) non dà alcun risultato.

Ed un breve cenno sulla vaccinazione antivaiuolosa: nessuno dei vaiuolosi da me curato da parecchi anni era stato vaiuolizzato.

Nicotera, 23 novembre 1921.

RIVISTE SINTETICHE.

Le sindromi parkinsoniane.

La notevole frequenza delle sindromi parkinsoniane provocate dalla epidemia di encefalite letargica ha richiamato l'attenzione e rinnovato l'interesse dei neurologi sul complesso sintomatico della paralisi agitante.

Il mistero che avvolgeva l'etiologia, la patogenesi, l'anatomia patologica di tale sindrome sembra un po' diradarsi in conseguenza delle nuove osservazioni e ricerche, che l'abbondanza del materiale ed il perfezionamento della tecnica hanno reso possibili.

Lo stato della quistione è esaurientemente prospettato dalla relazione presentata da Souques alla Société de Neurologie di Parigi e dalla successiva discussione.

Secondo il relatore la paralisi agitante o morbo di Parkinson non è un'entità nosologica, ma una sindrome comune a cause differenti che agiscono su una medesima regione cerebrale. Certo la causa e la natura della lesione possono imprimere alla sindrome qualche tratto clinico particolare, ma ciò non toglie che tutte le forme parkinsoniane hanno una decisa rassomiglianza in rapporto alla identità della localizzazione.

Si è creduto che il sustrato anatomico della paralisi agitante consistesse in lesioni muscolari primitive ed in alterazione delle glandule a secrezione interna. Ma l'origine miopotica e endocrina della malattia non ha avuto molti ed autorevoli sostenitori.

In effetti soltanto lesioni del sistema nervoso possono spiegare i sintomi della paralisi agitante.

Non c'è stata sezione o parte del sistema nervoso che non sia stata riconosciuta la sede della lesione provocatrice della malattia.

Le più recenti ricerche hanno messo fuori causa i nervi periferici, la regione bulbo-protuberanziale, il midollo e la corteccia cerebrale, ed hanno localizzato la sede delle lesioni nei nuclei grigi centrali, nella regione subottica e nel peduncolo cerebrale.

Ramsay Hunt in un caso di paralisi agitante giovanile trovò lesioni del corpo striato limitate al sistema pallidale, costituito da cellule del *globus pallidus* (i due segmenti interni del nucleo lenticolare) e da rare cellule del *putamen* (segmento esterno del nucleo lenticolare) e del nucleo caudato. Queste cellule del tipo I di Golgi sono considerevolmente diminuite di numero, e le rimanenti sono colpite da atrofia di vario grado. Sono alterazioni *abiotrofiche* nel senso di Gowers, sono cioè dovute ad una debolezza primitiva dei neuroni causata verisimilmente da una intossicazione elettiva ignota. Le cellule nevrogliche sono aumentate di numero per sostituire quelle nervose scomparse o atrofizzate, ma le fibre nevrogliche non sono aumentate. In conseguenza dell'atrofia cronica progressiva delle cellule nervose si nota diminuzione evidente delle fibre dei fasci strio-ipotalamiche, cioè del fascio lenticolare di Forel, del fascio strio-luysino e delle anse lenticolari e peduncolari. I centri subtalamici ai quali si portano queste fibre non sono alterati, ma il reticolo midollare del corpo di Luys sembra un po' diminuito. Non si rileva alcuna alterazione vascolare e perivascolare importante.

Questa degenerazione cronica progressiva del sistema pallidale, con integrità assoluta delle altre parti del sistema nervoso, Ramsay Hunt l'ha trovata identica in casi di paralisi agitante presenile e senile.

Trétiakoff invece ha trovato che la lesione anatomo-patologica risiede nel *locus niger*. Questo reperto non contrasterebbe con la opinione di Ramsay Hunt in quanto che Mirto ha dimostrato che il *locus niger* è costituito da un gruppo cellulare staccatosi dal globo pallido nel corso dello sviluppo filogenetico.

Oltre a queste alterazioni microscopiche si sono constatati in non pochi casi di paralisi agitante lesioni macroscopiche: stati cribriformi, lacunari, disintegrazioni perivascolari, focolai di emorragie e di rammollimenti, ed anche tumori, localizzati nelle regioni dei nuclei grigi centrali o dei peduncoli cerebrali.

I numerosi fatti raccolti dimostrano all'evidenza che la paralisi agitante non è una nevrosi ma una malattia organica, dovuta a lesioni di varia natura ma con un'unica sede. La sindrome è eccezionalmente determinata da lesioni macroscopiche (tumori, focolai di emorragie o di rammollimenti) e comunemente da lesioni microscopiche di origine infettiva, tossica, ischemica, ecc.

Tanto nel primo che nel secondo caso, perchè si abbia la sindrome parkinsoniana è necessario che le lesioni interessino il corpo striato, il *locus niger* o la regione subottica e che conducano alla distruzione più o meno estesa dei centri del tono.

In effetti dalla comparazione anatomo-clinica delle lesioni limitate al corpo striato con i sintomi constatati durante la vita, risulta che il corpo striato è un centro moderatore del tono muscolare ed un centro dei movimenti automatici. Quando è distrutto si ha scomparsa dei movimenti automatici e rigidità muscolare. Il tremore può essere considerato come una specie di rigidità clonica, e la rigidità muscolare come un tremore tetanizzato. Secondo Ramsay Hunt il *globus pallidus* costituisce il nucleo motore del corpo striato, ed ha, in rapporto al sistema motore extrapiramidale, una azione identica a quella del centro motore corticale in rapporto al sistema cortico-spinale; esercita un controllo su i neuroni motori extrapiramidali, e conseguentemente su i movimenti automatici ed associati. Ne segue che la distruzione delle grandi cellule motrici del sistema pallidale conduce alla paralisi agitante, ossia all'ipertonia, al tremore, alla paralisi dei movimenti automatici. Mentre la distruzione delle piccole cellule del putamen e del nucleo caudato determina la corea-atetosi o sindrome di C. Vogt.

La distruzione infine di ambo le specie di cellule produce il morbo di Wilson.

***

Le cause della malattia di Parkinson, ed oggi si può dire le cause che producono la lesione organica determinante la sindrome parkinsoniana, non sono ben chiare per la generalità dei casi.

La malattia è stata attribuita ad emozioni acute e croniche.

Il rapporto tra emozioni acute, lo spavento sopratutto, e la paralisi agitante è tutt'altro che dimostrato. Malgrado l'autorità degli autori che sostennero questa tesi, malgrado i rapporti cronologici apparenti è probabile che al riguardo si sia caduto in un grossolano errore.

Dall'esame dei casi pubblicati a sostegno della origine emotiva della paralisi agitante si rileva che il tempo trascorso tra l'emozione

e la comparsa del tremore non è sempre indicato, che gli autori si affidano alle osservazioni dei pazienti o dei loro familiari. E' ben noto quanto sia diffusa la tendenza ad attribuire ad emozioni ogni sorta di malattia, e non deve meravigliare se si cerca di attribuire allo spavento una malattia, il cui sintoma cardinale, il tremore, suole accompagnare tal sorta di emozione.

È incontestabile che le emozioni improvvise ed intense possono provocare tremori in soggetti normali. Ma si tratta di tremori generalizzati e transitori.

Non si conoscono tremori emotivi localizzati ad un arto, e se anche si volesse ammetterne la possibilità non si comprende come tali tremori successivamente si generalizzino spontaneamente come avviene nel morbo di Parkinson.

Ma contro la origine emotiva parlano anche altri fatti. Durante la guerra ultima, quando cioè lo spavento ha raggiunto intensità estreme, si sono verificate forme nevrotiche, nelle quali il sintoma tremore era molto frequente, ma non si sono mai avute vere e proprie forme parkinsoniane.

Le stesse considerazioni possono farsi per la azione etiologica attribuita alle emozioni prolungate, alle sventure, alle pene morali.

In linea generale sembra anche difficile stabilire la pretesa influenza determinante dai traumi fisici. Durante la guerra nella immensa quantità di feriti cranici non si sono mai constatati casi di paralisi agitante consecutiva.

Nè più persuasiva è la azione etiologica dell'affaticamento locale e del freddo. Come l'emozione, il freddo fa tremare, e probabilmente in tal modo rivela, esagerandolo, un tremore anteriore passato inosservato.

Le infezioni, per le quali finora si è dimostrato poco interesse, sembrano fra le cause meglio stabilite. La recente epidemia di encefalite letargica, che in numerosi casi ha provocato chiare sindromi parkinsoniane, ha rivelato la importanza delle infezioni nella etiologia della paralisi agitante.

Precedentemente erano stati pubblicati casi attribuiti alla malaria, al morbillo, alla poliartrite acuta, al tifo, alla dissenteria, alla sifilide. Ma si trattava di casi isolati, rari, che non potevano avere un valore dimostrativo.

È stata incolpata anche l'arteriosclerosi cerebrale. La età, alla quale con più frequenza suole manifestarsi la malattia, dà ragione di tale ipotesi. Ma con questa etiologia non si potrebbero spiegare le forme giovanili, e d'altra parte anche in casi di forme presenili o senili le manifestazioni arteriosclerotiche non sono particolarmente evidenti. Le osservazioni poi anatomo-patologiche, particolarmente quelle di Rasmay Hunt e di Trétiakoff, escludono la esistenza di alterazioni vascolari in corrispondenza delle lesioni nervose che determinano la sindrome.

L'origine vascolare è ben dimostrata solo in quei casi nei quali la sindrome è determinata da focolai emorragici o da rammollimenti.

All'infuori di questi casi e di quelli consecutivi ad un'infezione recente, alla encefalite letargica ad esempio, bisogna riconoscere che la etiologia della malattia di Parkinson rimane del tutto oscura.

A parte le forme postencefalitiche, e quelle determinate da processi morbosi o da lesioni vascolari evidenti delle regioni dei nuclei della base sembra che per la paralisi agitante tipica la patogenesi debba ricercarsi nell'abiotrofia, nella morte precoce di certi elementi del sistema nervoso. In rapporto al fatto che il morbo di Parkinson si manifesta nella grande maggioranza dei casi alla stessa età, e ciò si verifica anche per altre affezioni abiotrofiche, si ha l'impressione che l'energia vitale di alcuni elementi nervosi si consumi anzi tempo.

Certo è che la etiologia emotiva, alla quale finora si credeva generalmente, non ha alcuna consistenza.

* * *

Le sindromi parkinsoniane sono costituite da tremore, rigidità, perdita dei movimenti automatici ed associati, e da un certo numero di sintomi secondari.

Il caratteristico tremore è il sintomo che primo richiama l'attenzione ed è il più molesto.

Un punto ancora in discussione sulle caratteristiche di questo tremore è quello riguardante la influenza dei movimenti volontari. Per Charcot questi movimenti l'attenuano momentaneamente nella prima fase della malattia e l'esagerano nelle fasi ulteriori. Secondo Vulpian occorrono movimenti energici per attenuarlo; durante i movimenti ordinari il tremore dapprima si esagera e poi riprende il suo ritmo abituale. Secondo altri i movimenti volontari non hanno alcun'azione sul tremore. Secondo Souques in genere avrebbero un'azione sospensiva, attenuando o sospendendo il tremore per qualche secondo almeno.

Tra i tremori rari ma incontestabili occorre citare quello della testa, della mandibola, delle labbra, della lingua ed infine le scosse spasmodiche che talora si notano nei muscoli del viso, del tronco e degli arti.

Un segno più frequente e più importante ancora del tremore è la rigidità muscolare.

Tale rigidità si differenzia da quella dell'emiplegia perchè colpisce l'arto più alla radice, e tutto un arto, tutto un segmento di arto, e non gruppi muscolari isolati.

Babinski e Jarkowski hanno trovato che se nei parkinsoniani si imprimono agli arti movimenti passivi, la resistenza è continua ed eguale qualunque sia la posizione reciproca dei segmenti; negli emiplegici invece quando si è ottenuto il raddrizzamento allo stato di rigidità succede una certa fiacchezza.

Oltre che per questi caratteri intrinseci la contrattura parkinsoniana si distingue da quella emiplegica, perchè nella prima manca la esagerazione dei riflessi, del clono, del segno di Babinski.

La perdita, completa o incompleta, dei movimenti automatici ed associati costituisce il terzo sintoma cardinale della paralisi agitante.

Per metterla in evidenza agli arti superiori basta far camminare il paziente: si vede allora che il movimento a pendolo dell'arto superiore è abolito o diminuito, ad un lato o ai due lati a seconda che l'affezione è uni- o bilaterale.

Agli arti inferiori si mette in evidenza mediante il così detto rovesciamento indietro del tronco: si fa sedere il paziente su di una sedia in modo che il dorso sia a contatto con lo schienale, le gambe siano flesse ad angolo ottuso ed i piedi poggino sul pavimento; poi si rovescia indietro bruscamente ed a più riprese la sedia ed il paziente; nei parkinsoniani le gambe non si estenderanno affatto o poco, contrariamente a ciò che si verifica nei soggetti normali. Nelle forme unilaterali il movimento della gamba nel lato affetto è meno esteso che nel lato indenne. Negli emiplegici si verifica l'inverso: e questo è un altro mezzo per distinguere un emiparkinson dall'emiplegia.

Al tronco ed alla testa la perdita dei movimenti automatici ed associati si vede facilmente. Per constatarlo basta far sedere, alzare, camminare, girare, ecc., il paziente: i movimenti di insieme del corpo hanno perduta la loro armonia. Le diverse funzioni automatiche, come il cammino, la mimica, la fonazione, i movimenti associati di difesa e di orientazione sono più o meno disturbati. Questi disturbi riguardano le funzioni motrici «animali», ossia l'automatismo primario di O. e C. Vogt, mentre i disturbi motori consecutivi a lesioni delle vie piramidali riguardano movimenti più differenziati, più «umani».

La rigidità muscolare, il tremore e l'abolizione dei movimenti automatici determinano un ostacolo più o meno grande, secondo il loro grado, all'esecuzione dei movimenti volontari, che può giungere negli stadî ultimi fino all'impotenza più o meno completa. I movimenti volontari sono lenti, ritardati, limitati, estenuanti.

Non è possibile dire quanto questo disturbo dipenda dal tremore, dalla scomparsa dei movimenti automatici e dalla rigidità muscolare. Quest'ultima certamente vi ha una parte preponderante e certo esclusiva nell'imporre alla testa, agli arti ed ai loro segmenti, al tronco quelle peculiari posizioni che dànno l'atteggiamento caratteristico del parkinsoniano, ed alla non meno caratteristica espressione.

Allo stesso gruppo appartengono i disturbi del linguaggio parlato e scritto. La parola è monotona, bassa, talvolta impossibile; può essere *saccadée* se il tremore è marcato. La scrittura, quando è possibile, cioè alla fase iniziale, può sembrare normale, ma ad un esame attento si rivela tremolante anche quando il tremore non si sia ben definito; più tardi le lettere, scritte con difficoltà e lentezza, si presentano irregolari, sinuose, ineguali. Secondo Lamy nelle prime linee la calligrafia avrebbe un aspetto normale, diventerebbero poi sempre più piccole e serrate fino ad essere illeggibili.

Un fenomeno singolare fu constatato nei parkinsoniani da Tilney, e da lui chiamato progressione metadromica.

Consiste nel fatto che alcuni pazienti appena capaci di camminare con lentezza e difficoltà diventano talvolta capaci di correre, o se in grado appena di articolare qualche parola parlano talvolta speditamente. A questo sintomo, da lui più volte constatato, Souques ritiene sia più adatto dare il nome di kinesia paradossale.

I dolori sono più frequenti di quel che generalmente si crede. Souques li ha notati in un sesto dei casi da lui esaminati. Spesso precedono l'inizio della malattia e sono localizzati alle articolazioni o lungo gli arti. Sono talvolta molto vivi e sopravvengono a crisi. Spesso sono passeggieri, durano qualche mese, ma talvolta affliggono il paziente per tutta la vita. Sono veri dolori (sensazioni di bruciore, di costrizione, ecc.), da distinguersi dai formicolii, dalla sensazione di stanchezza e dalle altre parestesie comuni nei parkinsoniani.

I disturbi vaso-motori sono molto frequenti nella paralisi agitante. Ad essi appartengono le sensazioni di calore, permanente o a vampate all'epigastrio, al dorso, alla faccia, agli arti. Talvolta invece si hanno sensazioni di freddo.

Le crisi di sudore di solito accompagnano le vampate di calore. Si possono verificare in

seguito a sforzi o anche in riposo durante la notte.

Si può avere anche scialorrea e talvolta la comparsa di edemi senza alcuna ragione apparente, che però non persistono a lungo.

Nei parkinsoniani l'intelligenza è integra. I disturbi psichici constatati talvolta sono più apparenti che reali. La faccia impassibile, inespressiva, talvolta ebete, le risposte difficili, lente possono far credere a decadenza intellettuale. Ma in effetti non si tratta che di una maschera dietro la quale la vita intellettiva si mantiene normale. Solo nel periodo terminale può aversi qualche riduzione dell'attività cerebrale.

Si è anche descritta una esagerazione dell'emotività e modificazioni dell'umore. Ma il carattere triste ed inquieto, l'irritabilità, le manifestazioni di egoismo sono sufficientemente spiegate dalle molestie, dai tormenti che procura il male.

* * *

La paralisi agitante può assumere varie forme, che si possono raggruppare in tre tipi principali: 1° forma caratteristica, nella quale il tremore e la rigidità sono egualmente rappresentati; 2° forma frusta con tremore senza o con poca rigidità, nella quale non si hanno deformazioni plastiche o atteggiamenti viziosi; 3° forma con rigidità senza o con poco tremore.

Accanto a queste forme classiche ben note se' ne hanno altre, la cui sintomatologia pare risenta dell'età del soggetto o della natura della causa determinante.

La sindrome parkinsoniana presenile e senile rappresenta la forma classica. Si inizia di solito dopo il 40° anno di età, senza cause apparenti, insidiosamente colpendo dapprima un solo arto; poi lentamente, progressivamente invade l'arto omologo ed infine quelli del lato opposto. Si presenta generalmente con il tipo di flessione, eccezionalmente con quello di estensione. Il tremore e la rigidità sono di solito di eguale intensità, ma può predominare l'uno o l'altra.

La sindrome giovanile è quella che si manifesta prima del 30° anno di età. Si tratta di una forma rara che Ramsay Hunt considera ereditaria e familiare. Il suo inizio è insidioso, il suo decorso lento e progressivo. La rigidità, il tremore, la scomparsa dei movimenti automatici ed associati sono simili a quelli della forma presenile e senile. Il tremore però si esagera con i movimenti volontari e somiglia a quello della sclerosi a placche. D'altra parte l'evoluzione sarebbe più rapida ed i muscoli bulbari sarebbero colpiti più precocemente.

La sindrome parkinsoniana da lesioni presenili del corpo striato descritta da O. e C. Vogt sarebbe caratterizzata dalla mancanza del tremore e dalla presenza di disturbi della fonazione e della deglutizione. All'autopsia i detti autori trovarono proliferazione nevroglica dell'intero corpo striato ed infiltrazione calcarea delle arterie striate.

La sindrome parkinsoniana da lesioni macroscopiche a focolaio è caratterizzata dall'inizio improvviso in seguito ad ictus.

La sindrome parkinsoniana, da encefalite letargica è stata messa in evidenza in questi ultimi anni in occasione dell'epidemia di nona. Gli studî condotti in America, in Italia, in Francia, in Germania, in Inghilterra tendono tutti a dimostrare la identità della paralisi agitante, esito dell'encefalite encefalica, con la forma classica che si manifesta senza alcun precedente infettivo.

La manifestazione globale della sindrome si' ha generalmente più rapidamente che nella forma ordinaria.

I primi sintomi possono presentarsi fin dall'inizio dell'encefalite ed anche settimane e mesi più tardi.

La rigidità muscolare è il segno capitale; il tremore può essere anche leggero e fugace.

Quando la sindrome compare nel periodo ultimo dell'encefalite o dopo la guarigione, l'inizio è più insidioso e più lento. Non raramente precedono dolori o crampi nella parte dove poi si manifesta la contrattura. Talvolta la comparsa della sindrome si annunzia con un senso di pesantezza e di debolezza degli arti. A quest'epoca il tremore è leggero, intermittente, talvolta ignorato dal paziente; le emozioni, gli sforzi, i movimenti volontarî l'esagerano.

In ogni caso la rigidità muscolare, il tremore, la scomparsa dei movimenti automatici ed associati hanno gli stessi caratteri che nella paralisi agitante e si aggruppano come nelle varie forme dell'affezione stessa. Anche i sintomi secondarî sono analoghi a quelli del morbo di Parkinson.

Data la brevità del tempo di osservazione delle sindromi parkinsoniane encefalitiche non è possibile per ora precisare la evoluzione di queste forme.

Comunque si sono finora constatati casi regressivi (alcuni finiti anche con la guarigione), stazionarî e progressivi.

Alcuni autori ritengono che vi siano tra le sindromi parkinsoniane postencefalitiche ed il morbo di Parkinson classico alcuni elementi clinici di differenziazione. Altri obbiettano che queste differenze sono sfumature, che possono valere per distinguere una forma clinica dal-

l'altra, ma non per caratterizzare un'entità morbosa.

Ad ogni modo una tal quistione non potrà essere decisa che dall'ulteriore decorso dei casi ora in osservazione.

* * *

La terapia, purtroppo, non può vantare alcun successo in confronto del morbo di Parkinson. Con nessun medicamento si è riuscito fino ad ora ad ottenere la guarigione e neppure l'arresto della malattia.

La terapia endocrina (tiroidea, paratiroidea, ipofisaria) ha completamente fallito.

La efficacia della cura di arsenico ad alte dosi, che secondo le esperienze di qualche autore sarebbe incontestabile, deve essere ancora confermata. Tuttavia gli insuccessi già registrati lasciano molto dubbiosi.

L'intervento chirurgico (stiramento di nervi, radicotomia) proposto e anche tentato qualcuno non è giustificato.

I migliori medicamenti per i parkinsoniani rimangono la scopolamina, l'hyoscina, l'hyosciamina, l'atropina, l'eserina.

Questi alcaloidi, sopratutto la scopolamina, danno ai pazienti un sollievo incontestabile, ma in ragione della loro estrema tossicità devono essere adoperati con prudenza.

La terapia fisica non va trascurata.

L'elettricità sotto forma di correnti statiche o d'alta frequenza hanno dato talvolta un po' di benessere transitorio. Il bagno quotidiano, prolungato e caldo, fatto la sera prima della cena calma e seda il tremore e la rigidità per parecchie ore, e procura il sonno, che spesso è disturbato nei parkinsoniani.

La mobilizzazione delle giunture ed i massaggi non solo ammorbidiscono le articolazioni ed i muscoli, ma impediscono o ritardano le retrazioni muscolari con le conseguenti deformazioni.

G. DRAGOTTI.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Rapporti della malattia di Hirschprung coi disturbi d'innervazione dell'intestino.

La malattia di Hirshsprung fu dall'A. che le diede il nome, considerata come una dilatazione congenita idiopatica del crasso, con ipertrofia congenita della muscolatura di esso. Egli, non essendo riuscito a trovare alcun ostacolo al passaggio delle feci cui si potesse ascrivere la dilatazione e l'ipertrofia dell'intestino, considerò l'affezione come primaria, dovuta «ad un'anomalia di sviluppo o a qualche processo morboso fetale». Lo studio di numerosissimi casi della malattia di H. (ne sono stati descritti più di 200) ha dimostrato che tale teoria di una malformazione si poteva ammettere solo per una minima parte di essi, mentre nella maggior parte dei casi esisteva un ostacolo al passaggio delle feci. La dilatazione e l'ipertrofia dell'intestino non si possono allora più considerare come affezione primitiva, bensì come una conseguenza della stasi intestinale, sia essa dovuta ad alterazioni anatomiche, sia ad alterazioni funzionali. Sono stati dimostrati i più vari ostacoli al passaggio delle feci, abnorme lunghezza e circonvoluzioni del crasso, specialmente del Sigma, con inginocchiamenti o volvolo dell'intestino, pliche abnormemente sviluppate nel retto, ipoplasia congenita della musculatura, degli elementi elastici e dei vasi con iperplasia del connettivo; spasimi dell'intestino oppure un'innervazione insufficiente di esso, congenita od acquisita.

Solo recentemente è stata presa in considerazione la possibilità di un rapporto tra il megacolon e i disturbi innervatori del crasso. I 2 componenti principali del sistema vegetativo, il sistema simpatico e quello parasimpatico (vago) regolano l'attività dell'intestino, in parte inibendola, in parte eccitandola, o direttamente, o indirettamente attraverso i plessi autonomi (*enteric system*). Diversi farmaci agiscono elettivamente su l'uno o su l'altro dei sistemi nervosi, che in senso antagonistico regolano la peristalsi: l'adrenalina eccita il simpatico, nervo inibitore per l'intestino, provocando in tal modo un arresto dei movimenti; mentre il vago che promuove la peristalsi viene eccitato dai farmaci del gruppo della pilocarpina (aumentata peristalsi, contratture spastiche), paralizzato invece dall'atropina (arresto dei movimenti).

Mancavano finora dei tentativi di migliorare la malattia di H. agendo sul sistema vegeta-

tivo per mezzo dei farmaci specifici simpaticotropici risp. vagotropici.

P. Hocfer e A. Wittgestein (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n. 28, 1921) riferiscono su un caso di malattia di H. in un bambino di 8 anni, nel quale pur non esistendo i segni generali di vago- nè di simpaticotomia riuscì di rimuovere la stipsi e di regolare completamente l'attività dell'intestino, per mezzo di iniezioni di fisostigmina (1 mg. al giorno diviso in 3-4 dosi). L'attività intestinale perdurò normale anche dopo cessata la somministrazione del farmaco; la somministrazione di atropina la paralizzava temporaneamente. Tale azione del farmaco si esplica evidentemente sugli apparati nervosi regolatori, o direttamente (alterazioni qualitativa o quantitativa della peristalsi), o indirettamente (la peristalsi è alterata così da rimuovere o superare un ostacolo meccanico).

In alcuni casi, come nel precedente, la malattia di H. sembra essere la conseguenza di un'insufficienza motoria del crasso; in numerosi altri casi essa sembra dovuta al fenomeno opposto, all'ipertonia muscolare e agli spasmi.

E. Moser (*Med. Klin. R.*, n. 27, 1921) dà grande importanza agli spasmi nel determinismo del megalon. Questi spasmi, che interessano principalmente la *muscolaris mucosae* sono spesso localizzati nella regione di pliche anormali o di membrane congenite e possono allora produrre un arresto nel progresso delle feci. Per ottenere la guarigione è necessario rimuovere gli spasmi (belladonna, oppio, estirpazione completa di membrane fetali o di pliche anormali. Rimossi gli spasmi è possibile anche la guarigione anatomica. L'A. descrive un caso di tale genere.

POLLITZER.

MEDICINA.

Il gozzo non tireotossico.

(E. G. SLESINGERS. *The practitioner*, nov. 1921).

I diversi tipi di ingrossamento delle ghiandole tiroide che non danno luogo a sintomi tireotossici possono venire variamente raggruppati; nell'ignoranza della eziologia, che tuttora perdura, l'A. ritiene conveniente, dal punto di vista pratico, di dividere tali gozzi in benigni e maligni: i primi, di cui la benignità è intesa come per i tumori, sono di gran lunga i più frequenti. Essi possono comprendere le seguenti varietà.

Un ingrossamento fisiologico della tiroide si osserva nel periodo di attività sessuale, specialmente nella donna (pubertà, mestruazione, allatamento, menopausa, rapporti sessuali): trattasi generalmente di sola iperemia, talvolta però anche di ipertrofia, che costituisce il punto di partenza del gozzo parenchimatoso. L'ingrossamento può anche essere dovuto a sepsi (specialmente tonsillite nei bambini e costipazione negli adulti) e scompare con l'eliminazione della causa.

Il gozzo congenito è raro e si osserva specialmente dove la malattia è endemica; è generalmente del tipo parenchimatoso e talvolta provoca la morte del neonato; se questo sopravvive, il gozzo tende a diminuire. Il gozzo parenchimatoso acquisito può osservarsi in forma endemica o sporadica: nel primo caso ha origine tossica od infettiva, nel secondo, trattasi di solito di individui di tipo femminile in cui probabilmente la tiroide sarebbe capace di soddisfare alle comuni esigenze della vita; per le loro caratteristiche però, questi individui fanno maggiori richieste alla loro tiroide, che così si ipertrofizza: in tali casi risponde bene il trattamento con l'estratto di tiroide, che però non fa scomparire il gozzo se si è già stabilita l'ipertrofia. Non è bene stabilito se la secrezione di tali gozzi sia aumentata in confronto della ghiandola normale; ciò è forse probabile ma non in diretta proporzione dell'aumento di grandezza, in quanto che l'asportazione di notevole parte delle ghiandole cagiona raramente sintomi di deficienza tiroidea.

Il gozzo colloide è il più comune e differisce dal parenchimatoso, in ciò che le vescicole sono aumentate in numero ed enormemente distese con sostanza colloide. Il processo può essere diffuso a tutta la ghiandola oppure circoscritto (tipo adenomatoso) oppure sparso irregolarmente alternato con zone di tessuto sano (tipo adenomatoso diffuso). Non vi sono caratteri di neoplasia, ma solo di iperplasia funzionale, ritenzione di sostanza colloide, caratteristica di questi tipo è la formazione di cisti; gli alveoli si rompono e formano larghi spazî contenenti la sostanza colloide, nei quali si verificano spesso emorragie che ne aumentano la grandezza. Nei casi antichi le pareti delle cisti diventano fibrose, od anche calcificate; talvolta, (raramente prima dei 35-40 anni) si stabiliscono sintomi di ipertiroidismo.

Nell'*adenoma fetale* si ha formazione di noduli di varia grandezza, che crescono lentamente, talvolta fino alla grossezza di un pugno; rassomiglia clinicamente al tipo precedente, sebbene si possano più spesso palpare i noduli ben limitati. Istologicamente si osservano alveoli numerosi, piccoli con epitelio cubico e senza colloide, talvolta con cellule rotonde a nucleo fortemente colorabile, senza lume, costituenti i residui di tiroide embrionale.

I sintomi più importanti di queste forme di gozzo sono quelli dati dalla pressione sugli organi vicini, specialmente sulla trachea. Quando l'ingrossamento è simmetrico, questa senza spostarsi dalla sua posizione si appiattisce gradatamente talvolta in grado estremo, assumendo la forma di un fodero di spada. Se invece il gozzo è asimmetrico, la laringe e la trachea sono spostate lateralmente, talvolta in grado estremo e si può avere ostruzione dovuta a formazione di un vero ginocchio. La trachea può anche essere compresa da un gozzo endotoracico, sviluppatosi nella parte più bassa del lobo od in una tiroide accessoria. L'affezione è più comune negli uomini che nelle donne ed è spesso causa di morte improvisa durante un accesso di tosse; per la diagnosi si considerino: la ptosi e la fissazione della laringe, la disfagia, eventualmente l'ostruzione venosa e si ricorra sempre ai raggi X.

Il sintomo principale dell'ostruzione tracheale è la dispnea che aumenta con l'esercizio e con le cause di congestione del gozzo (tosse, gravidanza, ecc.). Questi pazienti sono sempre in pericolo, poichè l'ingrossamento del gozzo per emorragie, oppure una tracheite possono provocare la soffocazione: essi sono disturbati da tosse profonda e sonora, ed hanno cambiamenti nella voce, con linguaggio a sbalzi.

La pressione sul nervo laringeo è più comune nei gozzi maligni (sarcomi, carcinomi) specialmente del lobo sinistro ed è più frequente negli uomini. Questi pazienti sono dapprima afonici, ma più tardi ricuperano la voce, non però il canto: hanno tosse penosa, che si manifesta parlando, secca, a timbro basso, diversa da quella dell'ostruzione tracheale.

Raramente il gozzo comprime il simpatico, dando sintomi unilaterali alla faccia: l'eccitazione dà esoftalmo, midriasi delle pupille, che reagiscono lentamente, allargamento della rima palpebrale; nella paralisi, più rara, si ha ptosi, ristrettezza della rima palpebrale, esoftalmo ed arrossamento delle orecchie. Nei casi più antichi si può avere una varietà di cuore da gozzo, con dispnea, più tardi vertigine, congestione della faccia, epistassi, palpitazioni e, da ultimo, edemi ed anasarca.

Un'altra conseguenza del gozzo è la deformità, la quale specialmente nella donna, in cui il gozzo è più frequente può essere di una certa importanza.

Nell'esame di un gozzo, bisogna sempre ricercare i sintomi di iper- o di ipotiroidismo, in cui, evidentemente non si arriverà mai a quelli del morbo di Flajani-Basedow o del mixedema: spesso però si avranno forme lievi di iperattività dovuti all'irritazione della sostanza ghiandolare, con un tremore più lento e più grossolano che quello del morbo di Flajani.

L'intervento chirurgico è indicato in presenza di sintomi di compressione, in quasi tutti i casi di adenomi, sia perchè tendono a crescere, sia per la possibile loro trasformazione in tumori maligni quando datano da tempo. Bisogna poi tener presente che i pazienti con gozzo sono esposti a pericoli di morte improvvisa, durante il sonno, nella gravidanza (edema della glottide), per emorragie, per cuore da gozzo (con atrofia bruna e degenerazione grassa).

Il *gozzo maligno* non è frequente; nel 90 % dei casi si sviluppa sopra un gozzo preesistente, dopo i 40 anni; appartengono a tale categoria, il carcinoma, l'adenoma maligno, il gozzo colloide metastatico, il papilloma maligno, che come il carcinoma, dà metastasi nelle ghiandole linfatiche, il cancroide, il sarcoma.

Il gozzo preesistente diventa duro e cresce rapidamente; sono precoci i sintomi di invasione dei tessuti circostanti: è comune la compressione del nervo laringeo e del simpatico: i vasi nella guaina carotidea, invece di essere semplicemente spostati, come nel gozzo semplice, sono circondati ed invasi, determinando congestione della faccia: segno importante è la trombosi delle vene tiroidee e delle giugulari, ed ancor più la compartecipazione della trachea, con dispnea, ulcerazioni, espettorazioni sanguigne e, da ultimo, polmonite settica.

Il trattamento dei tumori maligni è di raro soddisfacente, poichè l'intervento è richiesto quando già i tessuti sono invasi; la tracheotomia è di esecuzione difficile per la notevole vascolarizzazione, ed espone facilmente alla morte per bronco-polmonite. La profilassi consiste nell'intervenire nei gozzi comuni, che resistono al trattamento medico non però in tutti, trascurando, p. e., le varietà colloidi o quelle piccole parenchimatose.

A. FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Le indicazioni, la tecnica e l'interpretazione della biopsia nei tumori del retto.

(BENSAUDE et CAIN: *Journ. de Chir.*, mars 1921).

Mentre la biopsia in genere va diventando praticamente d'uso comune, quella delle malattie rettali rimane ancora in semiabbandono per due motivi: perchè occorre un rettoscopio d'uso non ancora diffuso, e perchè con questo stesso strumento occorre una certa perizia nel prelevamento del pezzo.

Però la biopsia praticata con questo mezzo è di notevole sicurezza ed è un grande aiuto nella diagnosi delle lesioni rettali, ove altera-

zioni neoplastiche ed infiammatorie spesso si somigliano e spesso si sovrappongono.

Essa biopsia è *indicata* nei casi difficili ed atipici tutte le volte che non c'è controindicazione.

Le controindicazioni sono d'indole tecnica: alcune volte la rettoscopia non è possibile, altre volte l'escissione del frammento è dannosa. Perciò il prelevamento dev'essere fatto:

1° Su *tessuti sporgenti* nel lume rettale cioè su vegetazioni o margini infiltrati di ulcera, per evitare emorragie sottomucose e perforazioni rettali;

2° Su *tessuti poco sanguigni,* onde evitare i plessi emorroidari e le rettocoliti emorragiche;

3° Su *tessuti non molto infetti,* perciò non praticarlo in rettocolite ulcero-necrotica.

Circa la tecnica è da notare *il punto di prelevamento.* Questo deve evitare zone suppuranti o necrotiche, e deve cadere sul bordo della lesione in modo da prelevare parte sana e malata.

Talora per la piccolezza occorrono prelevamenti multipli.

Circa il *metodo di prelevamento,* non occorre nessuna preparazione rettale nè anestesia. Per le alterazioni alte si usa il rettoscopio e la pinza di Brunnings a doppio cucchiaio tagliente, che dà piccoli frammenti; un biotomo più grande è desiderabile ma non sarebbe scevro di pericoli. Per lesioni basse (5 cm. ultimi) basta speculo e un tagliente qualunque.

Dopo il prelevamento si osserverà il taglio relativamente all'emorragia e occorrendo si toccherà con adrenalina all'1 ‰ o si tamponerà.

Nella *manipolazione del frammento* bisogna aver cura di non perdere l'orientazione del pezzo, quando ciò è possibile, e di fare un esame rapido a congelazione o stufa.

L'*esame del pezzo,* infine, spesso dà elementi per dare un responso categorico; alle volte però per prelevamento difettoso o per cattiva orientazione tale risposta non è possibile; ma ciò non infirma assolutamente il metodo.

Avendo gli AA. in animo di condurre uno studio affatto pratico, mettono accanto a tumori benigni le forme corrispondenti maligne di struttura ben nota, ma qui, come si presentano nei pezzi limitati o non di precisa orientazione della biopsia onde poterli distinguere.

L'adenoma del retto clinicamente non invade la sottomucosa. Si distingue per tubuli cavi e bottoni nettamente delimitati da una membrana basale e provvisti di un unico strato di cellule fra cui trovansi più o meno cellule mucose che alle volte formano cisti. Nel tessuto intertubolare non esiste infiltrazione parvicellulare e congestione. Scarse cariacinesi.

L'*epitelioma cilindrico tipico* è un tumore maligno che invade le tuniche e i linfatici. Esso nel taglio del frammento si distingue:

Per tubuli di calibro irregolare sprovvisti di membrana basale, costituiti di cellule cilindriche o cubiche irregolarmente allineate e talvolta formanti cumuli sporgenti nel lume, talvolta invece infiltranti il tessuto intertubulare. Mancano cellule mucose. Son frequenti le coriacinesi e grande è l'atipia.

In ciò abbiamo i caratteri differenziali con la precedente forma, benchè le due strutture possano sovrapporsi e per accorgersene occorrono prelevamenti in più punti. Per tale eventualità, allorquando si tratta di struttura d'adenoma, bisogna fare la diagnosi istologica con riserva e conviene estirpare limitatamente e presto la tumefazione per un più completo esame e per evitare possibile degenerazione.

L'*epitelioma cilindrico atipico* risulta costituito da cordoni e ammassi di cellule profondamente atipiche che invadono lo stroma e le pareti rettali. Quando si osserva non c'è alcun dubbio sulla sua natura, nè possibilità di confusione con le precedenti forme.

I *tumori villosi* sono formati da un nucleo connettivo da cui si partono come innumerevoli frangie rivestite da epitelio rettale d'aspetto normale; nelle insenature delle frangie si aprono le ghiandole mucipare distese ed ipertrofiche.

Questa struttura è di un tumore benigno, ma accanto a questa esiste quella del cancro villoso di Hanser, in cui si osservano frangie irregolari rivestite di epitelio atipico ora allineato, ora ammassato a bottoni, ora infiltrante lo stroma; manca l'ipertrofia delle ghiandole mucipare alla base.

La distinzione nei due casi è facile:

I *tumori pavimentosi* si sviluppano nel canale anale dove è più facile e più estesibile il prelevamento. Si possono distinguere due tipi:

L'*epitelioma pavimentoso* (tipo Malpighi) facilmente distinguibile per i suoi gettoni di cellule ricchi di globuli epidermici, che rompono la membrana basale per infiltrare il derma.

E il *papilloma pavimentoso* formato di papille rivestite di strati epiteliali piatti variabili, con integrità della basale, che indica la benignità del tumore.

Infine l'*epitelioma colloideo* è un epitelioma cilindrico o pavimentoso le cui cellule si riempiono di mucco e degenerano dando al tumore un aspetto alveolare. Nelle varie zone si possono osservare le fasi della degenerazione.

Riassumendo si può dire che la biopsia com-

pleta l'esplorazione clinica e rettoscopica e che rappresenta il mezzo diagnostico più preciso e più rapido quando dà un responso.

Conviene ad essa ricorrere oltre che a scopo diagnostico ancora per seguire gli effetti d'una radiumterapia; ed è da augurarsi, che col divulgarsi della rettoscopia si applichi in più larga scala. *G. s.*

CENNI BIBLIOGRAFICI

SERGENT, RIBADEAU-DUMAS e BABONNEIX. *Traité de pathologie médicale. Neurologie,* tome 5° et 6°. (Maloine, éd., Paris, 1921. Prix tome 5° fr. 30; tome 6° fr. 35).

Due volumi del Trattato sono consacrati alla neurologia ed a nomi, noti agli studiosi italiani, è affidata la redazione. Nel primo volume, dopo una breve prefazione di P. Marie, Foix, tratta le *affezioni degli emisferi;* notevole è la parte che riguarda il problema delle afasie secondo le vedute di Marie; le sindromi bulbari protuberenziali peduncolari e cerebellari (Regnard) fanno l'argomento del secondo capitolo, al quale seguono i tumori cerebrali (Thomas), le affezioni del midollo spinale (Sézary), le radicoliti (M.me Déjerine e Gaukler), le meningiti acute (Chauvet), le emorragie meningee (Guillain), le meningiti croniche (Babonneix e R. Voisin), l'epilessia (Laignel, Lavastine e Voisin). In ogni capitolo quanto di più moderno hanno messo in luce le ricerche cliniche ed anatomiche di neurologia trovano adeguato svolgimento: così i metodi di esame delle affezioni cerebellari, le ultime conclusioni sulle lesioni del midollo, messe in luce dallo studio dei traumatizzati di guerra, la vera importanza delle sindromi radicolari, di cui tanto si è discusso in questi ultimi anni.

Nel secondo volume le affezioni dei nervi periferici sono trattate da Froment, le algie e l'emicrania da Sicard, le polinevriti e i tumori dei nervi da Tinel; le lesioni vascolari dell'encefalo e del midollo sono raccolte in unico capitolo affidato a Lhermitte; le malattie familiàri del sistema nervoso sono trattate da Crouzon; la vertigine da Weil, la paralisi agitante da Souques.

Chathelin si occupa dell'atonia muscolare progressiva, degli spasmi, dell'emiatrofia faciale progressiva, dei tics, dell'adiposi dolorosa, Voisin dell'ipertrofia muscoláre, dell'isterismo, Vincent dei disturbi detti riflessi o fisiopatici, Lhermitte e Roussy della neurologia di guerra; chiude il volume un breve capitolo sulla chirurgia del sistema nervoso. Anche in questo secondo volume, armonico per mole, gli argomenti sono magistralmente svolti con chiarezza, accompagnati da illustrazioni dimostrative.

Ancora una volta le scuole francesi si rendono benemerite nell'insegnamento della neurologia nella quale vantano in passato gloriosi maestri. *t. p.*

I. DANYSZ. *La genèse de l'énergie psychique.* Prezzo franchi 12. Editori I. B. Baillière et fils, Parigi.

In questo libro il Danysz sulla stregua di elementi puramente biologici dimostra come l'universo intero tende verso il pensiero, che ora culmina nella intelligenza dell'uomo.

L'intelligenza umana si è lentamente sviluppata durante l'immenso periodo preistorico, ed il suo sviluppo va diventando sempre più rapido per le condizioni stesse create dal genio dell'uomo.

L'umanità attuale non è che ad uno stadio della conquista spirituale. Essa sarà sorpassata nell'avvenire da uomini che saranno superiori a quelli attuali tanto quanto questi ultimi lo sono agli uomini preistorici.

È un libro di fede sui destini dell'umanità, una fede sostenuta dall'osservazione di fatti e dalla loro logica interpretazione. DR.

GOLDSCHEIDER. *Das Schmerzproblem.* Marchi 10. Editore Spring, Berlino.

In questo succoso volumetto sono considerate tutte le quistioni riguardanti la essenza e le forme del dolore.

Dopo avere descritte tutte le forme che può assumere il dolore, in rapporto alla sede dello stimolo ed alla natura di questo, fa una rassegna critica di tutte le teorie emesse per la interpretazione del fenomeno esponendo vedute sue affatto originali.

Particolare interesse desta la lettura dei capitoli sul dolore, come fatto spirituale, e sulla colorabilità viscerale. DR.

F. MARTA. *La Cocaina.* Prezzo L. 5. Casa Editrice Sonzogno, Milano.

La quistione del cocainismo ha inspirato in Italia molti articoli comparsi su le riviste mediche e su i giornali politici. Mancava un libro che desse dell'argomento una esposizione completa nei riguardi farmacologici, clinici e sociali.

Il volume del Marta colma questa lacuna.

È un'opera di propaganda, e come tale fatta per il popolo. Tuttavia è ricca di notizie che interessano molto il medico.

Lo stile è facile e nello stesso tempo elegante.

La diffusione del libro merita di essere incoraggiata. DR.

P. JOIRE. *Traité de graphologie scientifique.* Prezzo franchi 12. Editori Vigot Frères, Parigi.

La grafologia ha acquistato dagli ultimi studî di psicologia sperimentale un più ampio e serio contenuto scientifico.

Dopo avere esposti i fatti e le considerazioni che conferiscono alla scrittura il valore di espressione del temperamento e dello stato d'animo dell'uomo, l'autore passa in rassegna le varie forme di scrittura assegnando a ciascuna di esse un corrispondente tipo psicologico.

DR.

S. LESSONA. *Trattato di Diritto Sanitario.* Volume II. Prezzo L. 30. Editori Fratelli Bocca, Torino.

Il secondo volume di questa opera istituzionale, la cui pubblicazione era vivamente attesa, è inspirato agli stessi concetti che guidarono la compilazione del primo: esposizione delle norme legislative e loro ampio e chiaro commento, che ne spieghi e faciliti la applicazione.

Il volume ora pubblicato considera l'amministrazione sanitaria statale, provinciale e comunale, i medici di bordo, i medici ferroviari, i medici condotti, la levatrice ed il farmacista condotti, gli ospedali ed i manicomi.

Basta l'enunciazione degli argomenti per far comprendere l'interesse del libro.

a. a.

N. CHECCHIA. *La psicologia degli animali.* Prezzo L. 15. Editori Fratelli Bocca, Torino.

Gli studî sulla psicologia degli animali sono stati intrapresi con nuova lena.

Malgrado la maggiore serietà ed indipendenza dei nuovi osservatorî il problema sulla essenza e la estensione della psiche animale rimane ancora insoluta.

I dissensi sulla interpretazione dei fatti, e talvolta anche sulla loro sincerità, rimangono tuttora aspri, sostenuti, come sono, da concezioni ed opinioni aprioristiche.

Il Checchia espone nel suo libro, chiaro ed intelligibile anche a profani, tutta la questione, nei suoi precedenti storici e nel suo stato attuale.

Pur mantenendosi nel programma espositivo l'autore non manca di esprimere vedute e concetti personali, che depongono per la maturità e la originalità del suo pensiero scientifico.

Il libro desterà certo molto interesse.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

(Seduta del 9 dicembre 1921).

Ulteriori prove di vaccinoterapia per via respiratoria contro le associazioni batteriche nella tubercolosi polmonare.

Prof. A. GASBARRINI. — L'O. in seguito ad una larga serie di osservazioni è riuscito a stabilire che con la vaccinoterapia antipiogena per via respiratoria è possibile vincere nei tubercolosi la febbre dovuta ad associazione batterica, che nessun altro mezzo terapeutico è capace il più delle volte di modificare.

Spirochete e infiltrati nella diagnosi post-mortem di paralisi progressiva.

Prof. BRAVETTA E. — L'O. a proposito di un caso di morbo di Bayle, in cui la diversa diagnosi clinica potè essere rettificata al tavolo anatomico, rileva l'importanza scientifica e medico-legale della diagnosi post-mortem di paralisi progressiva; la quale può oggi essere stabilita con tutta sicurezza in base alla dimostrazione, nella corteccia cerebrale, del treponema pallido e dei caratteristici infiltrati perivasali.

SALA G. — Ricorda le descrizioni e le figure date da alcuni Autori di rapporti esistenti tra spirochaeta e vasi, tra spirochaeta ed elementi gliali nella corteccia di paralitici. Chiede all'O. se ne suoi esami ha avuto occasione di controllare siffatti reperti.

BRAVETTA E. — Afferma di non essere mai riuscito ad ottenere reperti del genere.

A GASBARRINI.

Società Medico-Chirurgica Anconetana

Seduta del 25 novembre 1921.

La mano ipogenitale.

Dott. GIOVANNI TAROZZI. — Confuta l'opinione di Maranon il quale sostiene che l'acrocianosi dipende esclusivamente da una deficente secrezione interna delle glandole genitali. Presenta il caso di una donna nella quale i disturbi acrocianotici si sono avuti due volte a distanza di qualche anno e sempre durante la gravidanza scomparendo completamente dopo il parto. Cita tre casi pubblicati dal Ballerini nei quali l'acrocianosi si manifestò egualmente durante la gravidanza e partendo dal concetto che durante il periodo gravidico la secrezione interna ovarica non è affatto deficente, ma invece è certamente aumentata, conclude affermando che alla mano colpita da acrocianosi non si può certo dare il nome di mano ipogenitale, e che bisogna ricercare la causa di questa malattia non in un'ipofunzione delle glandole genitali, ma in uno stato di squilibrio di secrezione tra i diversi organi endocrini.

Dice che per la cura di questa affezione conviene tentare l'opoterapia facendola precedere da un'opoterapia d'assaggio.

Dott. URBANO SALVOLINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Fenomeni concomitanti e rari dell'appendicite.

Se l'appendicite acuta e recidivante è di facile diagnosi, non può dirsi altrettanto della forma cronica, in cui la dolorabilità al punto di Mac Burney od a quello di Lanz non è costante; il punto doloroso, invece, trovasi spesso 1-2 cm. sotto l'ombelico ed un poco a destra. Un altro punto doloroso alla pressione è quello gastrico, situato sotto l'appendice xifoidea; esso sarebbe in dipendenza di una infiammazione del ganglio solare, oppure di una sensibilità anormale dei nervi simpatici di tale regione.

Kümmel (*Deut. med. Wochenschrift*, 2 giugno 1921) attribuisce altresì grande importanza anche al dolore ombelicale; in bambini dai 2 ai 7 anni, compare bruscamente un intenso dolore addominale che persiste un pò di tempo e poi scompare, ritornando in seguito; la nutrizione del bambino si compie male, vi è stitichezza con crisi di diarrea. Quando, in presenza di tali sintomi, si è proceduto ad atti operativi, si sono trovate sempre lesioni appendicolari; la diagnosi differenziale va fatta con le tubercolosi dei gangli mesenterici, affezioni gastriche, piccole ernie ombelicali.

Queste coliche appendicolari nelle bambine si complicano, alla comparsa della pubertà con dolori nelle epoche mestruali; e, sebbene si sviluppi talvolta una salpingite, una ovarite, una peritonite, bisogna sempre tener presente l'appendicite, tanto più che, spesso l'appendicectomia fa scomparire ogni disturbo.

Poco noti sono i disturbi dell'apparato orinario in dipendenza dell'appendicite cronica; si citano casi di nefriti e pieliti, guarite dopo l'appendicectomia; in tali contingenze, si darà grande importanza al punto doloroso ombelicale. Non infrequente è l'ematuria, che quando accompagna una appendicite grave ha cattivo significato pronostico.

Si è voluto attribuire l'ematuria a compressione dell'uretere, trattasi invece, più verosimilmente di nefrite infettiva, che può accompagnare l'appendicite, analogamente a quanto accade per l'angina.

Talvolta, dopo l'appendicectomia, si osserva enterorragia, dovuta in qualche caso ad ulcera duodenale, che l'A. ritiene effetto dell'appendicite stessa.

L'A. fa menzione della pseudoappendicite, che si sviluppa durante l'influenza, e che può simulare una peritonite; talora si è trovato un ematoma del muscolo retto, complicazione con cui è connessa una elevata mortalità.

fil.

Sintomi genito-urinari nell'appendicite acuta.

La simulazione di appendicite da parte di una malattia dell'apparato urinario è ben nota: diverse operazioni sono state fatte con diagnosi appendicite, mentre si trattava di pielite destra o di calcolo incuneato nell'uretere destro. Più raro invece è l'errore inverso: quando l'appendicite dà scarsi ed oscuri sintomi locali, mascherati da più evidenti sintomi genito-urinari. Sono fra questi i seguenti:

Frequenza della minzione. Non è rara ed è causata dall'irritazione diretta della vescica, per l'infiammazione periappendicolare; se l'appendice risiede nella pelvi, manca la rigidità della parete addominale ed un osservatore un po' frettoloso, in presenza del dolore ipogastrico e della pollachiuria può ritenere che la vescica sia l'origine dei disturbi.

Ritenzione di urina, dovuta ad irritazione dello sfintere vescicale: è rara.

Dolore alla minzione. È abbastanza comune e può accompagnare l'infiammazione di un'appendice che si trovi dietro al cieco, nella fossa iliaca; è dovuto alla vicinanza del processo infiammatorio all'uretere ed alla vescica.

Talvolta la frequenza di minzione dolorosa accompagnata da dolorabilità alla regione lombare destra può far pensare a pielite.

In questa però, a differenza dell'appendicite, si ha di regola il brivido iniziale, una temperatura che arriva a 39°.5; i muscoli addominali sono rilasciati, l'urina contiene pus e batteri.

Dolorabilità all'angolo costale destro; è frequente nella malattia del rene destro e dei tessuti perirenali, ma comune anche nell'appendicite per l'iperestesia dell'area posteriore innervata dal 10° nervo dorsale, che innerva anche l'appendice. Se l'appendice perforata appoggia sul quadrato dei lombi, si ha forte dolore posteriormente alla pressione del margine delle coste, e non è difficile la confusione con l'ascesso perirenale, che può anche essere conseguenza di appendicite perforata retrocecale.

Sintomi testicolari. Dolore al testicolo sia destro che sinistro, sia ad entrambi: accompagna spesso l'appendicite con perforazione, ma può trovarsi anche senza questa; può anche precedere, ma raramente, l'inizio del dolore addominale. Z. Cope che riporta alcuni casi di appendicite, in cui tale sintoma era sa-

liente (*Procedings of the R. Society of medicine* nov. 1921) osserva che la causa del dolore non può riferirsi ai filetti del simpatico che accompagnano l'arteria spermatica, poichè il dolore si ha anche a sinistra, ma si debba interpetrare come dolore riferito, essendo testicolo ed appendice innervati dallo stesso segmento spinale.

Retrazione del testicolo; si osserva occasionalmente ed è dovuta all'irritazione del nervo genito-crurale, che provoca contrazione del cremastere.

fil.

Osservazioni sulla diagnosi dei dolori della fossa iliaca destra e sui risultati finali delle operazioni per appendicite cronica.

H. Barclay e Cl. MacWilliams si sono interessati a questo argomento perchè hanno visto numerosi individui in cui, in seguito a disturbi del lato destro o a maggiori o minori disturbi digestivi, era stata asportata l'appendice nella speranza di guarire quei sintomi, ma senza successo. Essi riuniscono (*New Jork State Journ. of Medicine*, febbraio 1921) le statistiche che hanno potuto raccogliere in due tavole.

L'una considera 200 operazioni per appendicite cronica eseguite sopra pazienti di corsia nel Presbyterian Hospital nel 1916 e nel 1917, con gli esiti ulteriori di tutti questi casi. Risulta che in 151 (75.5 %) si ebbe la guarigione completa; in 22 (11 %) un considerevole miglioramento; e in 27 (13.5 %) nessun benefizio dall'operazione. Dei 22 migliorati in 15 non si potè scoprire la causa della non effettuata guarigione; degli altri 7, 2 presentavano rene mobile e 5 lesioni uterine e annessiali. In tutti i 22 meno che in 2, l'esame microscopico dimostrò appendici patologiche.

Anche nei 27 pazienti che non beneficarono affatto dell'operazione, l'esame microscopico delle appendici asportate, dimostrò in tutti, meno che in uno, alterazioni patologiche. In 10, nè la radiografia, nè altri metodi di esame, poterono in seguito dimostrare causa alcuna della non effettuatasi guarigione; mentre in 17 furono successivamente trovate lesioni patologiche definite: cieco dilatato, mobile in 5, rene mobile in 1, calcoli renali in 2, lesioni uterine in 6 e aderenze in 3.

La seconda tavola riunisce 58 pazienti privati, presi fra circa 700 pazienti gastro-intestinali, che ricorsero agli AA. a causa del non miglioramento dopo una precedente appendicectomia. Uno studio di questi casi dimostra che un'osservazione più completa prima dell'operazione avrebbe risparmiato a questi soggetti un intervento inutile. Così in 2 di essi i dolori del lato destro erano dovuti a crisi gastriche; 43 vennero successivamente scoperti come sofferenti di splancnoptosi; uno aveva un calcolo ureterale; 5 ulcera duodenale; 2 aderenze pericoliche; 4 malattia della cistifellea ed uno ostruzioni croniche.

Paragonando le due tavole sembrerebbe che i pazientti d'ospedale furono più accuratamente, studiati prima dell'operazione, che non i pazienti privati. Fra i primi non furono in seguito necessarie operazioni per ulceri gastriche o duodenali o per malattie della cistifellea. Non vennero operati casi di colite e di enteroptosi. Di quelli fra essi in cui non si ebbe guarigione tutti meno 3 avevano appendici patologiche; ciò che in un certo senso giustifica l'intervento, sebbene un'appendice normale sia, anatomicamente parlando, una grande rarità. Probabilmente la mancanza di guarigione, fra quelli in cui la causa di ciò non fu nettamente accertata, può il più generalmente, essere attribuita o ad aderenze post-operatorie o a lesioni pelviche o a gradi non riconosciuti di enteroptosi.

Queste cifre suggeriscono che i pazienti privati con sospetto di appendicite cronica dovrebbero in generale essere meglio studiati prima dell'operazione così da arrivare ad una diagnosi più corretta. Delle lesioni associate, concomitanti, dovrebbero essere trattate medicalmente prima di decidere un interventto, così da ponderare bene per quanto l'appendice possa essere in causa. All'operazione dovrebbe praticarsi un'incisione ampia, attraverso la quale possa farsi una più completa esplorazione della cistifellea, dello stomaco, del cieco, della membrana di Jackson, dell'inginocchiamentto di Lane e degli organi pelvici. In tal modo le operazioni senza effetto saranno molto diminuite e una causa di rimprovero alla chirurgia eliminata.

Gli AA., quindi, credono opportuno di insistere su alcuni dati e nozioni che servono alla diagnosi di quelle condizioni che possono indurre in errore, e, come provocatrici di dolore nella fossa iliaca destra, far supporre l'esistenza di un'appendicite cronica. In particolare essi trattano la splancnoptosi, la colite, l'ulcera duodenale, le lesioni renali e ureteriche, l'ostruzione duodenale cronica; e concludono ancora per una maggiore accuratezza nella diagnosi, per una più completa esplorazione all'operazione.

SEBASTIANI.

TERAPIA.

La somministrazione del salicilato di soda.

Il salicilato può somministrarsi: 1) *in soluzione*: 16 g. con 8 g. di bicarbonato di sodio in 300 di acqua; un cucchiaio in mezzo bicchiere d'acqua ogni 2 ore dal mezzogiorno alle 8 del mattino seguente, riprendendo poi al mezzogiorno; 2) *in cartine*, da 2 gr. (3-4 al giorno) sciolte in un infuso di foglie di frassino, da prendere a sorsate in due ore; meno raccomandabili sono le compresse: salicilato di sodio cg. 60, bicarbonato di sodio cg. 40: una ogni 3 ore in una tisana calda (8 in 24 ore); 3) *per iniezioni ipodermiche*: 1-2 cmc. di soluzione al 3-5 % in vicinanza delle articolazioni: sono dolorose ma danno talvolta buoni risultati nelle artriti ostinate, ribelli al trattamento interno; 4) *per iniezioni endovenose*, in soluzione a $^1/_{30}$, seguita da iniezione di 10 cmc. di soluzione fisiologica per impedire l'irritazione della vena: si praticano al giorno due iniezioni di 90 cmc. della soluzione. Tale metodo ha il vantaggio di evitare i disturbi gastrici e di vincere talvolta rapidamente, con la sua azione massiva, il reumatismo.

La somministrazione del salicilato di soda per bocca deve essere fatta frazionatamente (ogni 2-3 ore), continuata notte e giorno, in diluizione alcalina, per evitare disturbi gastrici, in dose sufficiente al giorno (6-8 g. per l'adulto, 40 cg. per ogni anno d'età nei bambini). La cura va continuata con le stesse dosi fino a 3 giorni dopo che la temperatura è scesa a 37°; si sopprime allora il salicilato continuando il regime latteo, e se la temperatura non risale e non ricompaiono i fenomeni locali, si può riprendere l'alimentazione, con prudenza; se invece l'estinzione non è perfetta si ricorre nuovamente al salicilato in forti dosi, ritornando alla cura lattea. Ciò va fatto, in considerazione che la ripresa dell'alimentazione smorza l'azione del salicilato (N. Fiessinger, *Journ. des praticiens*, 1921, n. 29). Nelle forme subacute, è meglio intercalare nel trattamento con le forti dosi (continuate 8-10 giorni), un periodo di 3 giorni a regime latteo severo.

Il salicilato si elimina con le urine, dove è svelato dal percloruro di ferro; l'albuminuria non è una ragione per sospendere il medicamento, che nei casi che in essa ha preceduto il reumatismo e già precedentemente si accompagnava a disturbi della eliminazione orinaria: l'albuminuria reumatica guarisce col salicilato. *fil.*

Il balsamo Opodeldoch.

Questo rimedio, dall'etimologia ignota, che forse è da fare rimontare ad un nome di fantasia dato da Paracelso, nell'opera del quale viene spesso citato, è poco usato oggi dai medici, mentre H. Leclerc (*Presse méd.*, 1921, n. 95) ne vanta le buone qualità. Il suo odore aromatico, il suo aspetto madreperlaceo lo rendono gradevole; strofinato sugli arti ammalati, diffonde un calore dolce e penetrante ed esercita una incontestabile azione sedativa sulle terminazioni nervose. La sua formula di composizione, che un tempo comprendeva 19 ingredienti, è ora ridotta ai seguenti: sapone animale raschiato e disseccato p. 95; canfora polverizzata 75; ammoniaca 30; essenza di rosmarino 20, di timo 5; alcool a 90° 775. Si può aumentare l'azione calmante, aggiungendovi altre sostanze; l'A. consiglia la formola seguente:

Estratto d'oppio, estr. di stramonio ana g. 1; tintura di mandragora g. 10; balsamo di Opodeldoch g. 90.

Sarebbe molto raccomandabile come frizioni sugli arti irrigiditi da flebiti od artriti, ed ha anche il vantaggio di non irritare la cute nè di provocare le dermiti che, oltre ad incomodare il malato, mettono spesso in imbarazzo il medico. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla etio-patogenesi della scarlattina.

Di Cristina, direttore della Clinica Pediatrica di Palermo, pubblica (*Pediatria*, n. 24, 1921) in una interessante nota alcune ricerche eseguite di recente intorno al vasto problema della etio-patogenesi della scarlattina.

Egli servendosi di terreni speciali aventi a base la funzione di catalizzatori ed innestandoli con sangue e midollo osseo prelevati da infermi in varî stadii della infezione, dopo un periodo di incubazione oscillante fra i 6 e i 12 giorni ha notato quasi sempre negli strati inferiori del liquido di cultura un lieve intorbidamento.

Col progredire dello sviluppo si è manifestato un modico intorbidamento della colonna liquida ed è comparso un lievissimo deposito granuloso.

I tubi di cultura venivano tenuti al difuori di ogni contatto con l'ossigeno atmosferico a temperatura di 37° C.

Ad un esame accurato dei preparati, trattati col bleu di Löffler, il Di Cristina riuscì a riscontrare dei rari corpuscoli, accoppiati a due a due, piccolissimi, simili a diplococchi dai

quali differiscono perchè si presentano appaiati secondo il diametro trasverso mentre i diplococchi sono avvicinati secondo il diametro longitudinale.

Questi piccoli corpuscoli si presentano sempre a coppie isolate, mai si rinvengono raggruppamenti in colonie.

Il Di Cristina si ripromette di riportare estesamente in altra pubblicazione i reperti e le osservazioni fatte al riguardo e relative anche alla recettività degli animali da esperimento alla malattia umana e al comportamento sierologico ed immunitario degli ammalati ed infetti di scarlattina.

GENOESE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1170) *Sulla javellizzazione dell'acqua.* — All'abbonato n. 3092:

L'acqua di Javelle, o soluzione di ipoclorito di potassio, ha un'azione sterilizzante sulle acque, che è più o meno energica, a seconda del cloro attivo che essa contiene. Perchè è notorio che l'azione sterilizzante sia dovuta al cloro mobile contenuto nell'ipoclorito ed alla sua azione clorizzante ed ossidante.

Ordinariamente, il titolo dell'acqua di Javelle, o la quantità di cloro attivo in essa contenuto, non è dato; ma anche quando sia dato è sempre incerto, perchè non è stabile e diminuisce mano mano che passa il tempo dalla sua preparazione. Quindi, per essere esatti e precisi, sarebbe necessario, ogni volta che si debba usare l'acqua di Javelle, di determinare il cloro attivo. Cosa che sempre o non si può od anche non si sa fare.

Regola pratica e semplice per avere una sicura sterilizzazione dell'acqua è questa. In 3 o 4 bottiglie di vetro bianco si mettono 500 cmc. di acqua in ognuna e si aggiungono quantità crescenti di acqua di Javelle: ossia alla prima cmc. 0,1; alla seconda 0,2; alla terza 0,3; alla quarta 0,4. Si aspetta un quarto d'ora per dar tempo allo sterilizzante di esplicare intera la sua azione, poi in ogni bottiglia si mette una piccola quantità di una polvere formata di 1 p. di joduro di potassio e di 3 p. di amido. Si mescola ben bene e si tien conto della bottiglia della serie crescente nella quale si manifesta la colorazionne bleu, ovvero della prima bottiglia nella quale dopo la sterilizzazione rimane un leggero eccesso di cloro attivo. La quantità di acqua di Iavelle aggiunta a questa bottiglia è la quantità utile, da aggiungersi a mezzo litro d'acqua: raddoppiando, si ha la quantità utile per un litro e moltiplicando questa per il numero dei litri della massa da sterilizzare, si ha la quantità utile totale.

Agendo in questo modo si ha la sicurezza della sterilizzazione, senza aver bisogno di conoscere il titolo dell'acqua di Javelle od anche del cloruro di calce, nel caso che a questo si debba ricorrere.

Prof. ALBERTO SCALA.

(1171) *Febbre glandolare di Pfeiffer.* — All'abbonato n. 12560:

Si tratta di un'entità morbosa individuata nel 1889 da Em. Pfeiffer di Wiesbaden, che le dette il nome (Drüsenfieber).

Per alcuni anni se ne riconobbero varii casi; ma poi divenne tanto rara che andò dimenticata o sfuggì alla diagnosi. Ora se ne ha una recrudescenza: è stata descritta con altri nomi (linfoblastosi acuta benigna di Bloedorn e Houghton, mononucleosi infettiva di Sprunt ed Evans), nell'impressione che si trattasse di una malattia insolita o nuova; ma Tidy e Morley ne hanno dimostrato l'identità con la febbre glandolare (meglio ganglionare).

Si riscontra sovratutto nella prima infanzia, all'epoca della dentizione; ma non è rara dopo e non è eccezionale negli adulti.

Insorge bruscamente, con elevazione termica improvvisa, modica angina, un po' di disfagia, lieve rigidezza alla nuca (nei movimenti attivi o passivi del capo); suol esservi dolore o sensazione sgradevole all'epigastrio e all'ipocondrio sinistro e sono comuni la nausea ed i vomiti. La temperatura, spesso normale al mattino, di rado supera 39°, ma può anche raggiungere 40°.

Dopo 2-3 giorni compare il caratteristico ingrossamento dei gangli linfatici; per solito l'angina è allora dileguata. È sempre presente una tumefazione all'angolo interno della mandibola: può raggiungere la grandezza di un uovo di pollo. È quasi sempre interessato tutto il sistema linfatico cervicale: gangli anteriori, posteriori e sotto lo sterno-cleido-mastoideo (sopraclavicolari, infraclavicolari); per lo più si palpano anche i noduli ascellari e inguinali; talvolta altri, come gli epitrocleari. Le tumefazioni iniziano quasi sempre da un lato e sogliono restare più marcate dallo stesso lato. Nel 60 % dei casi anche la milza è ingrossata e indolenzita.

Entro una settimana la temperatura torna, di regola, al normale. L'adenopatia si risolve con maggiore lentezza, in un paio di settimane; dopo lo stesso tempo non si palpa più la milza. Di rado le tumefazioni glandolari hanno esito in ascessi. Di rado si produce nefrite.

La guarigione completa è la regola; ma la convalescenza è sempre lunghissima, e persiste uno stato di debolezza.

Cura aspettante; sudazione; nei primi giorni si consiglia la chinina.

La malattia può essere simulata dagli orecchioni, dalle adeniti cervicali acute, ecc.; ma sovratutto mimetizza la leucemia acuta, da cui però si distingue per il decorso mite, per la mancanza di emorragie, per il reperto ematico. Di regola i leucociti sono aumentati, ma di poco, a 17-20,000; l'aumento è dovuto solo a monucleari; mancano le forme leucocitarie immature, atipiche, degenerative; si riscontrano molte cellule a nucleo bilobato o di Riedel, caratteristiche.

Questa diagnosi differenziale è importante, data la diversità della prognosi.

Quanto alla letteratura recente, si può trovarla in P. F. Morse, « Journal Americ. Medic. Assoc. », 29 ottobre 1921.

L. VERNEY.

(1172) *Medicinali che si eliminano con la secrezione lattea.* — All'abb. n. 13090:

Fra i medicamenti « ricostituenti », come chiede l'abbonato, si eliminano per la mammella in combinazione organica lo iodio, l'arsenico, il mercurio, il ferro, il fosforo; si eliminano anche le vitamine. L'eliminazione è molto variabile; in genere scarsa. Poichè sono ricordati sintomi sicuri d'intossicazione in lattanti di nutrici curate con preparati iodici o arsenicali, anche quando nel latte non se ne trovavano che traccie, converrà somministrarli alla nutrice in dosi moderate e sempre sorvegliando il lattante riguardo ad eventuali disturbi. Lo iodio in qualche caso agisce anche diminuendo la secrezione lattea. I preparati di ferro e fosforo, eliminati col latte, sono innocui per il lattante, spesso anzi utili. Il trattamento mercuriale ed arsenobenzolico della nutrice non è un metodo di cura abbastanza sicuro del lattante sifilitico. Ottima è l'influenza sul lattante delle vitamine somministrate alla nutrice.

T. L.

(1173) Al dott. P. V. da P. P. S.:

La così detta *acqua del Kummerfeld* è composta come segue:

Magistero di solfo	gr. *dieci*
Acqua di rose - Acqua seconda di calce	anagr. *cento*
Spirito canforato	gr. *dieci*
Gomma mimosa	gr. *due*
uso esterno.	

V. MONTESANO.

(1174) *Ortopedia.* — All'abb. n. 13881:

Non conosco alcun manuale che possa sostituire completamente l'Hoffa; però può trovare la descrizione di molti apparecchi nel Leriche: « Traitement des fuctiones » e Desfosses et Charles-Robert: « Appareillages de suspension », ambedue pubblicati nella « Collection Floriam », edita da Masini. D. V.

(1175) *Esami di laboratorio.* — Al dott. F. M. Gasperina:

Per i suoi bisogni servirà ottimamente il libro del BARD: *Précis des examens de laboratoire*, Masson, éd., Paris.

Se poi scorrerà i cenni bibliografici di quest'anno, troverà recensiti parecchi manuali specializzati per esami di laboratorio e tra di essi potrà scegliere quello che più conviene ai suoi desideri. *t. p.*

(1176) Al dott. G. R. da T., abb. n. 13813:

Sulla *tubercolosi* può consultare: SERGENT, RIBADEAU-DUMAS: *Tuberculose*, in 2 volumi, A. Maloine, Parigi, 1920. BRECCIA G.: *La cura delle malattie tubercolari del polmone*. Unione tip. edit., Torino, 1921. GERHARTZ H.: *Taschenbuch der Diagnostik und Therapie der Lungentuberkulose*. Urban e Schwarzenberg, Berlino e Vienna, 1921.

Per l'eugenica: POPENOC P. e JOHNSON R. W.: *Applied Eugenics*. The Mac Millan Company New York, 1920. CAMPIONE F.: *Per i germi della specie*. Laterza, ed., Bari, 1920. *fil*

(1177) *Bibliografia.* — Al dott. E. B.:

Come in altra occasione consigliamo di rivolgersi: all'*Institut Intern. de Bibliographie*, Rue de Rennes, 44. Paris.

Trattandosi di letteratura francese ella potrà avere con ogni precisione le indicazioni richieste. Non può la « posta degli Abbonati » aderire a richieste bibliografiche, che restano sempre uno stretto dovere e un compito di chiunque imprenda un qualsiasi lavoro.

t. p.

(1178) *Trattato di terapia dietetica pratica.* — Al dott. R. ff., Napoli:

Ai suoi desiderati risponde il vol. 28° del Trattato di Ribadeau-Dumas, Sergenti, Babonneix, edito da Maloine, Parigi, che tratta dell'igiene e dei regimi. Questa parte è trattata con molta competenza da Rathery. *t. p.*

(1179) All'abb. n. 5371:

Sui testi per la propaganda igienica abbiamo già risposto altre volte. Cfr. Anno 1919, p. 729 e 469. R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Gli specialisti.

Il Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici, tenutosi a Roma nel novembre ultimo, tra i numerosi voti e ordini del giorno ne ha votato uno che riguarda i medici specialisti.

Secondo quest'ordine del giorno *per il valore della Scienza medica e porre un argine alla improvvisazione di medici specialisti* un medico che per farsi riconoscere specializzato oltre la laurea dovrebbe possedere altri titoli che ne attestino la capacità ad esercitare la branca speciale.

Non sappiamo se l'approvazione dell'ordine del giorno sia stata preceduta da una serena discussione, o sia stato votato in uno di quei momenti nei quali le assemblee stanche sono disposte ad approvare tutto.

Certo la quistione merita di essere ancora esaminata e discussa.

Il colpo di freno che vuole ora darsi alla produzione di specialisti somiglia a quello che da tempo si tenta di dare alla fabbrica dei liberi docenti.

Di tanto in tanto i professori pareggiati si accorgono di essere troppi e quindi che il loro titolo va svalutandosi e solo allora si accorgono che la libera docenza si concede con troppa facilità. Quindi ordini del giorno e voti che fissano le condizioni per il conferimento dell'autorizzazione all'insegnamento pareggiato. E s'intende che tutto ciò deve valere per quelli che aspirano al titolo, non per quelli che già l'hanno.

Così per gli specialisti. I colleghi già e comunque specializzati quando diventan di troppo, cominciano ad accorgersi che gli specialisti improvvisati possono nuocere al decoro professionale ed alla salute dei clienti. Ed anche in questo caso il danno non può essere arrecato che dai futuri specialisti. Quelli che già esercitano la specialità lo fanno con decoro e con competenza, e quindi le condizioni più o meno burocraticamente draconiane non possono riguardare che coloro i quali pretenderanno per l'avvenire di limitare la loro pratica professionale ad una sola delle branche della medicina.

Certo l'auto- e l'etero conferimento del titolo di specialisti si è diffuso oltre l'effettivo bisogno. Sono aumentate le specialità e gli specialisti.

Una volta si aveva la illusione di potere assimilare tutte le conoscenze mediche e si disdegnava di coltivare, per meglio coltivare, una piccola parte del campo della scienza.

C'era la specializzazione dell'insegnamento, non quella professionale. Ma la situazione si è andata lentamente cambiando.

Il progressivo espandersi della scienza, il moltiplicarsi dei mezzi di indagine e di terapia hanno reso presso che impossibile per un individuo solo apprendere tutto e rendersi esperto in tecniche molteplici ed intricate.

Oggi in fatto di medicina il saper tutto vale non sapere bene nulla.

Da ciò lo sviluppo delle specialità ed il moltiplicarsi degli specialisti, che si son resi un ausilio indispensabile per il medico generico.

Ma come tutti i fatti umani anche la specializzazione professionale ha subito la sua degenerazione.

Una volta si sentiva la necessità di una pratica speciale per alcune sezioni della medicina come la neurologia, la psichiatria, l'oculistica, la oto-rino-laringoiatria, la dermosifilopatia, la ginecologia.

Oggi anche se le cattedre universitarie non hanno subito scissioni, anzi v'ha una certa tendenza alla riduzione, nell'esercizio professionale si vanno delineando specialità per ogni singolo organo, per ogni singola malattia.

La medicina, s'intende nelle conoscenze e nella volontà di taluni specialisti, si va smembrando, si va disorganizzando.

Oggi c'è lo specialista per le malattie dello stomaco ed un altro per quello degli intestini, uno per le cardiopatie, uno per le affezioni pulmonari, c'è il dermatologo ben distinto dal neurologo, c'è il ginecologo che tiene a distinguersi dall'ostetrico e così via.

È come se la distinzione per organi e apparati non bastasse ci sono medici che si dichiarano specialisti per l'accertamento e la cura di speciali malattie: per la tubercolosi, per il cancro, per la sciatica, per l'appendicite e simili.

Ora tutto ciò non è bene. Tutto ciò forse non è utile ai malati ed è dubbio che contribuisca allo sviluppo della scienza; certo non depone per la serietà degli studî e per la onestà degli intenti di certi medici esercenti le minute specialità.

Queste analisi della patologia e della clinica toglie ai medici l'abitudine della sintesi, dello studio del malato più che della malattia, e

favorisce la pigrizia intellettuale dei medici generici.

Ma il sistema escogitato e proposto dell'autorizzazione ufficiale all'esercizio della specialità non sembra il meglio adatto a raggiungere lo scopo di infrenare la produzione degli specialisti ed a garantirne la capacità.

Queste specie di patente che si possono ottenere senza fatica e si concedono con generosa larghezza, forse condurrebbero ad un risultato opposto.

D'altra parte non si comprende come per l'esercizio di una singola branca debbano imporsi limti e richiedere determinate condizioni di studio e di pratica, mentre per l'esercizio di tutta la medicina e di tutta la chirurgia non si richiede alcun altro tirocinio oltre quello dei corsi universitari, alcun altro titolo oltre la laurea.

E non è necessario spender parole per dimostrare che i danni che possono essere arrecati da un generico inesperto sono più gravi e più numerosi di quel che può arrecare uno specialista improvvisato.

In ogni caso il miglior mezzo per consacrare la capacità di uno specialista è sempre quello di affidarlo esclusivamente al giudizio del pubblico, che è sempre il più imparziale, come quello che non subisce altra influenza oltre quello della preoccupazione e dell'interesse alla propria salute.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Eleggibilità dei medici ospedalieri a cariche amministrative.

La Corte di Appello di Roma, con sentenza del 17-23 giugno decorso, aveva ritenuto i medici addetti negli ospedali riuniti di Roma quali impiegati di un istituto pubblico di beneficenza, e perciò aveva dichiarato ineleggibile a consigliere provinciale il prof. Aminta Milani, medico primario in detti Ospedali, in applicazione dell'art. 28 del T. U. legge Comunale e Provinciale.

Avverso detta sentenza che costituiva un doloroso regresso per i diritti politici dei medici ospedalieri, in confronto di precedente autorevole giurisprudenza, il prof. Milani presentava ricorso alla Corte di Cassazione, proponendo due distinte questioni e cioè:

1° Se l'istituto di S. Spirito e gli Ospedali riuniti di Roma possono ritenersi istituti di beneficenza esistenti nella Provincia ai sensi e per gli effetti del citato art. 28 della legge Com. e Prov. dato che la loro funzione di beneficenza si estende anche fuori della Provincia di Roma, e dato che detti ospedali sono sottratti, per la speciale legislazione che li regge, alla vigilanza della G. P. A.;

2° Nel caso di risposta affermativa, se il medico libero professionista che presta la sua opera di assistenza e consulenza in detti ospedali possa considerarsi impiegato dell'Istituto.

Il Supremo Collegio, con sentenza dell'8 novembre-9 dicembre decorso, ha accolto finalmente il ricorso del prof. Milani.

Sulla prima questione la Corte ha cassato la sentenza impugnata per difetto di motivazione per non aver cioè dimostrato, fra l'altro, il carattere locale, come istituzione di beneficenza, degli Ospedali riuniti.

Sulla seconda questione la Corte ha deciso non essere sufficiente, per stabilire la qualità di impiegato, gli elementi della nomina per concorso, carriera, stipendio, continuità del servizio e sottoposizione e gerarchia e disciplina: essendo detti elementi comuni al contratto della locazione di opera: ha detto invece che la nozione di impiegato sia pubblico che privato consiste nell'assunzione dell'intera attività professionale di una determinata persona a servizio dell'Ente il quale, mentre impone ad esso speciali obblighi di servizio continuo ed esclusivo, deve però assumere da parte sua l'obbligo di garentirgli il necessario della vita.

Quindi elementi essenziali del rapporto di impiego sono la continuità e la esclusività della prestazione di opera nonchè sufficiente ed adeguata retribuzione.

Il libero professionista pertanto, che presta la sua opera a quanti la richiedono, se anche la promette poi ad una determinata persona giuridica o fisica, assumendo obblighi corrispondenti alla natura delle promesse, ma tali da non impedirgli l'esercizio della sua professione, non ne diviene impiegato.

Da queste premesse la Corte ha ritenuto che i medici ospedalieri sono eleggibili a consiglieri provinciali anche nella provincia ove esistono gli ospedali cui sono addetti.

La sentenza, elaboratissima, viene quindi a completare l'altra parimenti della Corte di Cassazione a Sezioni Unite del 19 marzo 1919 e con la quale venne stabilito che i medici sono eleggibili a consiglieri comunali anche nel luogo ove esistono gli ospedali presso cui prestano servizio.

E tale riconoscimento di diritti politici che prima era negato, non può non soddisfare la famiglia dei medici ospedalieri.

Il fascio medico parlamentare.

Si è riunito a Montecitorio il Fascio parlamentare medico, che ha fatto voti:

1) Perchè nel progetto di legge relativo alla tariffa per le autopsie questa sia elevata entro i 5 giorni dalla morte a L. 100 e dopo tale termine a L. 150; che non sussista disparità di trattamento fra gli istituti universitari ed i medici privati; che nei casi di dissenso sia mantenuto l'intervento dell'Ordine dei medici, che funzioni da arbitro;

2) Che nei casi in cui sia consentito ai Municipi ed alla Giunta Provinciale Amministrativa il ricorso al Consiglio Superiore di Sanità, sia parimenti riconosciuto ai medici condotti il diritto di ricorrere alla medesima giurisdizione;

3) Che al più presto sia riconosciuto ai sanitari in servizio di condotta, il diritto alla pensione, col contributo dello Stato, e che sia sollecitata la presentazione del relativo progetto di legge;

4) Che il Governo valorizzi, con opportuni provvedimenti statali, l'importantissima Stazione termale di Castellammare di Stabia.

Infine ha preso visione ed ha approvato, con lievi modificazioni, l'ordine del giorno approvato nel Congresso dei medici ospitalieri e nel Convegno dei direttori sanitari di ospedale, tenuti a Roma nello scorso novembre; ha affidato all'onorevole Bussi l'incarico di rappresentare il Fascio parlamentare medico nelle pratiche relative alla modificazione della legge fiscale sul bollo, applicato agli stabilimenti di cura; ha preso in considerazione la situazione dei medici condotti delle terre redente, dando incarico all'on. Paolucci di riferirne ampiamente in seno al Fascio medico parlamentare.

Il Congresso dei medici infortunisti.

A Torino, nel salone della Camera di Commercio, si è tenuto, nei giorni 8 e 9 corr., l'annunziato Congresso dei medici infortunisti e degli studiosi di assicurazioni sociali, su proposta della Federazione italiana fra i medici infortunisti.

Il Convegno doveva discutere sui due seguenti temi:

1) Riforma della legge infortuni (relatore professore Borri, della R. Università di Firenze);

2) Rapporti fra l'assicurazione-malattie e l'assicurazione-infortuni (relatore prof. Pisenti, direttore servizi medici della Cassa Nazionale infortuni di Roma).

Oltre a numerosissimi medici venuti d'ogni parte d'Italia, erano rappresentati il ministro del lavoro, il prefetto, la Confederazione del Lavoro, numerose organizzazioni nazionali, sindacati operai e mutue.

Il presidente Tovo ha preso per primo la parola rivolgendo un saluto ai congressisti.

Hanno quindi parlato l'assessore Battistini e il sen. Ferrero di Cambiano.

Prende la parola il relatore Borri per illustrare la riforma della legge infortuni.

Nel pomeriggio i congressisti si sono recati a visitare l'Ospedale di S. Vito, che quanto prima comincerà a funzionare, dedicando gran parte della sua attività agli infortunati sul lavoro.

Dopo la visita i congressisti ritornarono alla Camera di Commercio per riprendere i lavori.

La discussione venne svolta sulla relazione Borri, e fu abbastanza ampia e movimentata, tanto che ad un certo punto la seduta dovè essere sospesa.

L'on. Olivetti, che presiedeva, mise in votazione l'ordine del giorno Nervi, che fu approvato alla unanimità meno uno:

« Il Congresso riconosce le necessità morali, giuridiche ed economiche della corresponsione in rendita della indennità, subordinata a quelle riforme della legge che la rendano tecnicamente attuabile ».

Si iniziò in seguito la discussione di un altro argomento, la obbligatorietà delle cure mediche; e non senza contrasti e controprove venne approvato l'ordine del giorno Vigliani diviso in due parti:

« Il Congresso afferma che è obbligo del datore di lavoro non solo di provvedere alle prime immediate cure, ma a tutte le cure necessarie all'operaio per la sua restituzione funzionale, e che corrispondentemente è obbligo dell'operaio di sottostarvi ».

La seduta venne quindi sospesa e rinviata al giorno successivo, nella quale si riprende la discussione sulla magistratura speciale.

Ha la parola il dott. Allevi che si schiera contro di essa, rilevandone la inutilità. La discussione si fa animata tra i fautori delle due correnti.

Dopo alcune osservazioni, e una breve replica del professore Borri, è approvato l'ordine del giorno Fossataro:

« Il Congresso fa voti che anche per gli infortuni industriali le controversie siano devolute al giudizio delle Commissioni arbitrali come per gli infortuni agricoli ».

Si prende pure atto della seguente dichiarazione dell'avv. Momigliano:

« Il Congresso ritiene che la riforma della giurisdizione non possa equamente attuarsi con minorazione dei diritti operai di difesa e di assistenza secondo il diritto comune, finchè la funzione assicurativa non sia completamente trasformata e socializzata ».

Il prof. Pisenti svolge la sua relazione sull'assicurazione malattie, interessando molto i convenuti con episodi ed aneddoti, dimostrando come non si possano fondere le assicurazioni sulle malattie e quella contro gli infortuni, mentre è utile studiarne il collegamento e la semplificazione.

Venne quindi sospesa la seduta per assistere ad un ricevimento offerto dalla Cassa Nazionale Infortuni. Faceva gli onori di casa il sen. Ferrero.

L'ultima seduta venne presieduta dall'on. professor Armando Bussi, del gruppo medico parlamentare, che non ebbe poco da fare a dominare l'assemblea divenuta molto irrequieta e rumorosa e ad arginare la fiumana oratoria guidandola verso le conclusioni.

Il dott. Puecher, direttore della Cassa ammalati di Trieste, parlò con molta competenza dell'assicurazione contro le malattie, mostrando la necessità di tenere sempre ben distinti i due rischi della vita del lavoratore, malattia ed infortunio.

Interloquirono Allevi, Martinelli, Vigliani, Valienti, l'on. Buozzi per le organizzazioni operaie, Nervi, Favari, Marsella, Silvagni, Borri, Lanzoni, Prosperi, ai quali rispose il relatore Pisenti.

In fine venne approvato con 40 voti contro 18 l'ordine del giorno Nervi, così concepito:

« Il Congresso fa voti affinchè l'eventuale introduzione dell'assicurazione obbligatoria delle malattie sia fatta gratuitamente e previ studi precisi che ne assicurino l'attuazione su basi finanziarie concrete e possibili e il regolare funzionamen-

to, sempre però tenendola indipendente dall'assicurazione infortuni rispetto alla valutazione dei rischi, agli organismi ed al carico economico, e previa una sana preparazione delle masse».

Fu pure approvato l'ordine del giorno del relatore Pisenti:

«Il Consiglio, considerato che la figura dell'infortunio è figura ben definita che si differenzia da ogni altra anche nelle sue modalità inquantochè per questa differenziazione e per l'esperienza tratta dalle legislazioni straniere l'infortunio non può essere confuso nè con le malattie nè con l'invalidità; che per il miglior funzionamento delle assicurazioni sociali è necessario che tutte siano coordinate; fa voti perchè in una prossima riforma della legge ed in occasione del promulgamento della legge di assicurazione contro le malattie, il legislatore non solo perfezioni le attuali leggi, e renda la legislazione sociale nostra in nessun punto inferiore alla legislazione straniera, ma le coordini in modo da evitare ogni dispersione di forze e di energie ed ogni sperpero di danaro».

Il presidente on. Russi quindi chiudeva il Convegno, indirizzando ai congressisti cordiali ed applaudite parole di saluto e di ringraziamento. *p. r.*

Per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

L'ordine del giorno votato dal Congresso degli Ordini dei medici è così concepito:

«Il VI Congresso degli Ordini Provinciali dei Medici che rappresenta la volontà di tutti i medici italiani obbligatoriamente inscritti agli Ordini, udita la relazione del Presidente, *riaffermando* la sua approvazione a un progetto di legge per la assicurazione obbligatoria contro le malattie come quello che non solo racchiude nel suo seno un'opera di previdenza sociale, ma racchiude altresì il tentativo di risolvere la penosa crisi che travaglia nel nostro paese l'assistenza sanitaria in genere ed in ispecie quella Ospedaliera, *reclama* che il progetto di legge per quanto riguarda il trattamento morale ed economico da farsi ai medici contenga i seguenti capisaldi, già approvati nei precedenti Congressi:

1) Agli effetti dell'art. 3 della legge sugli Ordini dei Sanitari tutti i medici alle dipendenze della Assicurazione siano considerati liberi esercenti;

2) Sia accordata all'assicurato la libera scelta del medico;

3) Tutte le prestazioni dei Medici siano compensate a notula secondo tariffe concordate con gli Ordini;

4) Ai medici che passano con eguale funzione da altre amministrazioni alle dipendenze della assicurazione siano, con gli oneri, riconosciuti i diritti acquisiti e sia loro accordato un equo trattamento di pensione;

5) Nei Consigli di Amministrazione dell'organo che gestisce l'Assistenza sanitaria i medici siano rappresentati;

6) La disciplina del servizio sanitario della Assicurazione sia affidata a un Collegio medico e sia indipendente dalla gestione Amministrativa;

7) Nella compilazione del regolamento per la esecuzione della legge, sia sentito il parere delle singole Associazioni Nazionali Mediche e di categoria, e dà mandato preciso al Presidente della Federazione degli Ordini e al rappresentante legale degli Ordini di ottenere da chi di ragione la traduzione in atto dei sopracitati capisaldi nei convegni che essi avranno coi rappresentanti delle classi lavoratrici, e invita tutte le Associazioni mediche di categoria Provinciali, Regionali e Nazionali e i singoli medici di servirsi sempre del tramite della Federazione degli Ordini dei Medici per far conoscere eventuali loro desiderata relativi ai concetti informatori generici e specifici del progetto di legge. ORIANI».

A unanimità venne pure approvato quest'altro ordine del giorno:

«Il Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici, reclama dal Governo provvedimenti legislativi immediati che assicurino il retto funzionamento e la vita degli Ospedali e il sorgere di questi nelle zone che ne sono prive, eliminando il pericolo imminente dell'arresto della loro funzione dopo aver compromesso il patrimonio proprio e gravato il tesoro dello Stato con aiuti insufficienti, l'attuale condizione loro non permettendo di attendere che ad essi provvedano le disposizioni della futura legge sulle assicurazioni obbligatorie delle malattie che diverranno il maggior contribuente degli Ospedali.

FATICHI, GIGLIOLI».

Il Sindacato medico di Roma e Provincia.

Nella sede dell'Ordine dei Medici si è tenuta l'assemblea generale del Sindacato Medico di Roma e Provincia.

Si è approvato lo statuto generale.

In attesa che le varie categorie di sanitari nominino i loro rappresentanti, si nominò il Comitato provvisorio di azione, costituito dai proff. Ascarelli Attilio, Di Marzio Quirino, Politi Gaetano, dai dottori Lazzè Tullio, Pampiglione Guglielmo, Grossi Ennio, segretario. A presiedere il Comitato stesso fu designato il prof. Giudiceandrea Vincenzo. Come rappresentante presso il Direttorio del Sindacato Medico Italiano fu confermato il prof. Quirino Di Marzio.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Per la lotta antimalarica.

Il Ministero dell'Interno ha in proposito diramato ai Prefetti la seguente Circolare n. 20183:

«Questo Ministero, che ha seguito con particolare interessamento lo svolgimento dell'attuale lotta antimalarica, deve rilevare che in molti Comuni, il servizio di cura e di profilassi della malattia non ha potuto avere la regolarità e l'estensione, richieste dalla gravità della manifestazione epidemica, a causa dei limitati acquisti di chinino e della deficienza del fondo all'uopo stanziato nei bilanci comunali.

«È perciò che, mentre i Comuni si apprestano alla compilazione dei bilanci di previsione per l'anno 1922, si reputa necessario di richiamare la particolare e personale attenzione della S. V. sul disposto degli articoli 158 e 159 del testo unico delle leggi sanitarie, e degli articoli 7 a 10 del Regolamento 28 febbraio 1907, per diminuire le cause della malaria.

«Vorrà quindi la S. V. disporre che codesto medico provinciale, sulla base dei rapporti degli ufficiali sanitari, determini senza indugio la quantità di preparati di chinino ritenuta indispensabile per i bisogni della lotta antimalarica per l'anno 1922, comunicando tale preventivo a ciascun Comune con zone malariche.

«Conseguentemente dovrà vigilare a che le Amministrazioni stanzino il fondo, occorrente per l'acquisto del farmaco, addivenendo in caso di inosservanza ai provvedimenti d'ufficio, consentiti dalle disposizioni in materia.

«Perchè poi tale spesa non venga a gravare sui bilanci comunali, si dovrà curare, ed ottenere, che i Comuni compilino l'elenco dei proprietari di fondi posti in zona malarica, ed il ruolo di rimborso, da parte di questi, della spesa relativa.

«A tale obbligo di legge il Ministero desidera venga data ovunque piena osservanza, senza di che non è possibile attendere alla lotta malarica con la dovuta efficienza, nè assicurare il rifornimento e la somministrazione gratuita di chinino agli aventi diritto, sulle basi della legge stessa.

«Si confida sul personale interessamento della S. V. e sul concorso vigile del medico provinciale della cui attività in questa circostanza verrà tenuto conto ad ogni effetto.

«Ed affinchè questo Ministero possa rendersi conto del modo col quale viene organizzata la lotta antimalarica pel venturo anno, si prega di volere, non più tardi del 31 gennaio corr., trasmettere in apposito elenco, per ciascun Comune malarico, i seguenti dati:

1) Quantità di chinino proposto per la cura e la profilassi della malaria durante il 1922;

2) Somma stanziata in bilancio per l'acquisto del chinino;

3) Se è stato compilato il ruolo di rimborso ed il suo ammontare. In caso di inosservanza indicare le ragioni ed i provvedimenti presi per ottenerne l'adempimento.

Commissione per la radioterapia della malaria.

Per aver norme circa l'effettiva portata della radioterapia nel conseguire la bonifica della malaria e per stabilire l'importanza e la pratica attuabilità di essa nell'interesse della lotta antimalarica nel Regno, ed a preferenza nelle zone più gravemente colpite, in confronto ed in concorso con gli altri mezzi terapeutici e profilattici, il ministro dell'interno, con decreto 19 decembre, ha istituito una commissione così composta: sen. professor B. Grassi, presidente; proff. V. Ascoli, A. Bignami, P. Canalis, B. Gosio, A. Busi, dott. A. Labranca (coadiuvato dal dott. G. De Lillo).

ATTI PARLAMENTARI.

La zona di rispetto dei Cimiteri.

Il Ministro degli Interni ha ripresentato al Senato del Regno il progetto di legge relativo, che stabilisce la distanza minima di 200 metri, salvo giustificati motivi, sui quali giudicherà il Prefetto, sentito il medico provinciale e per le nuove costruzioni anche il Consiglio comunale.

Pei tubercolotici di guerra.

L'on. Maffi ha presentato di nuovo alla Camera, nella seduta del 21 dicembre, la sua proposta di legge recante provvedimenti contro la tubercolosi di guerra; essa era già stata approvata nella seduta del 9 agosto, ma era caduta perchè, mentre aspettava l'approvazione del Senato, sopraggiunse la fine della XXIV legislatura.

La Camera ne ha approvato di nuovo la presa in considerazione.

Contro la malaria in Sardegna.

Ad una interrogazione dell'on. Cao il sottosegretario per l'interno, on. Teso, ha risposto rilevando che a favore dei comuni malarici più bisognosi delle provincie di Cagliari e di Sassari viene annualmente erogata in dotazioni di chinino la somma di lire trentamila, mentre fin dal 1917, nel bilancio del Ministero si stanziò la somma annua di lire duecentomila per intensificare la cura e la profilassi della malaria esclusivamente nell'isola; manifestatasi un'ulteriore recrudescenza malarica, sono stati concessi altri sussidi alle condotte mediche, istituendone di nuove e assumendo in servizio studenti di medicina, infermieri e altro personale in aiuto dei medici condotti. Per coordinare i provvedimenti a favore dei congedati malarici, con quelli per la popolazione civile, il Sottosegretariato per l'assistenza militare ha concesso un concorso di lire centocinquantamila. Con questi mezzi si sono potuti organizzare ambulatori antimalarici comunali, condotte mediche per il periodo epidemico, dispensari gratuiti di chinino e di altri preparati antimalarici, ambulanze della Croce Rossa.

Si è dato largo impulso alle opere di piccole bonifiche, specialmente nei territori di Sassari, Terranova, Alghero, Sorso, Portotorres.

Sotto la direzione del prof. Perroncito della regia Università di Cagliari, si è istituito uno speciale servizio di assistenza antimalarica nella zona mineraria di Neida e di Masua.

La Croce Rossa — sovvenzionata dal Governo — ha ampliata la funzione dell'ambulanza istituita nel Sulcis, di notevole vantaggio a numerosi comuni.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9206) *Compenso per la cura dei poveri.* — Dottor R. C. da F. P. — Poichè il compenso per la cura dei poveri è stabilito a due lire per ogni persona oltre le prime mille, compresa nello elenco, tale compenso è dovuto per il tempo durante il quale l'elenco è rimasto superiore effettivamente alle mille persone.

(9207) *Aumento di stipendio.* — Dott. F. D. L. da B. — L'aumento del 30% è aumento di stipendio. Nella soppressione di una condotta, nessuna indennità compete al titolare, ancorchè stabile. Non desiderando essere più iscritto alla Cassa pensione non si ha diritto di chiedere la restituzione delle somme pagate.

(9208) *Denunzia di malattie infettive.* — Dott. F. G. da S. — Non vi è obbligo di denunziare alla autorità sanitaria superiore la malattia di cui è cenno nel quesito. Deve, però, l'ufficiale sanitario dare al Capo dell'Istituto tutti i suggerimenti profilattici e terapeutici occorrenti, per impedire il contagio. L'ufficiale sanitario stesso sorveglierà, con frequenti ispezioni, l'andamento del morbo.

(9209) *Esercizio della odontoiatria e protesi dentaria.* — Dott. V. T. da G. V. — Per l'esercizio della odontoiatria deve riscontrare il volume del comm. Vigo: «*La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale*» a pagina 32 e segg.

(9210) *Seconda indennità caro-viveri.* — Dott. M. B. da C. — Per la seconda indennità caro-viveri ha diritto la moglie al supplemento di cent. 0.85 al giorno, il figlio maggiorenne, no.

(9211) *Cura ai militari dell'arma.* — Dott. D. C. da A. — Nessuna regola esiste per il contratto del genere da Lei indicato. Bisognerà stabilire le cose come determina il regolamento dell'Istituto, prendendo accordi col rappresentante locale del medesimo.

(9212) *Elenco dei poveri.* — Dott. A. G. da V. — Nè la legge sanitaria nè il relativo regolamento generale prescrivono un doppio elenco pei poveri, l'uno per il servizio del medico e l'altro per quello della levatrice. È, quindi, da ritenere che unico sia l'elenco, e che coloro che abbiano diritto alla cura ed assistenza sanitaria gratuita abbiano del pari diritto a chiedere l'assistenza nei parti anche gratuitamente.

(9213) *Stabilità - Ufficiale sanitario.* — Dott. M. G. da F. — Anche per gli ufficiali sanitarii il periodo di nomina provvisoria si computa, dopo di aver vinto il concorso, per lo acquisto della stabilità. Contro eventuale decreto del Prefetto in senso contrario può ricorrere a S. M. il Re in sede straordinaria nel termine di giorni 180 dalla notifica.

(9214) *Trasferte al personale dei laboratorii di vigilanza igienica.* — Sig. abbonato 7366. — Nelle parole *condizioni di impiego* si è inteso comprendere tutto ciò che costituisce diritto e dovere degli impiegati, sia in quanto a promozioni, sia in quanto a congedi, sia in quanto alle aspettative e sia in ordine alle trasferte. Se tutti gli impiegati comunali, quando si assentano per ragione di servizio dalla residenza, hanno diritto a trasferta lo stesso diritto hanno e debbono avere coloro che sono addetti all'ufficio della vigilanza igienica. Ricorra alla G. P. A.

(9215) *Concorsi.* — Dott. M. M. da M. — A nostro avviso, nessuno dei motivi addotti per lo annullamento è accettabile. Si accenna anche ad eccesso di potere, ma non si spiega in che esso consisterebbe. Il Consiglio di Stato si pronunzia ordinariamente entro una quarantina di giorni. Sarebbe bene rendersi parte diligente e farsi difendere dinanzi il Supremo Collegio.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 2500:

Non sono ancora note le modalità che regoleranno la concessione della polizza di assicurazione ai combattenti prima del 1918. M. G.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BAGNO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Scad. 15 febbr. Due cond. L. 8000 residenz., doppio c.-v., 8 trienni decimo, L. 3000 cav.; ad uno dei due cond. potrà concedersi indenn. L. 1200 disag. resid.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Medico assistente in soprannumero; L. 3510 (ritenuta del 10 % per cassa di previd.), c.-v., percentuale sui proventi della sezione kinesiterapica. Età massima 30 anni. Esame sul malato ed esercitazione pratica sul cadav. Scad. ore 17 del 31 genn. Nomina per un anno con effetto dal 1° marzo.

BIANZONE (*Sondrio*). — L. 5250, elevabili a 6000 dopo il biennio di prova, fino a 500 pov.; addizion. L. 2.50; indennità trasferta L. 630; mezzo trasporto L. 500; uff. san. L. 400; doppio c.-v. Capitolato concordato. Scade 15 febbraio. Serv. entro 15 g.

BRA (*Cuneo*). — 2° rep.; L. 4000, tre quinq. dec., L. 2000 trasp., c.-v.

CAMPIGLIA MARITTIMA (*Pisa*). — Scad. 31 genn.; residenz. L. 6000, due c.-v., L. 2000 cav. (elevata per il 1922 a L. 2500).

CASAPROTA (*Perugia*). — L. 6000; tre quinq. dec.; disag. resid. L. 1000; per uff. san. L. 500. Scad. 2 febbraio.

CASAPROTA (*Perugia*). — Ab. 1400; L. 6000 e 3 quinq. decimo p. pov.; c.-v.; L. 1000 disag. resid ; L. 500 se uff. san. Non obbl. cav. Scad. 40 giorni dal 25 dic.

CENATE SOTTO (*Bergamo*). — Cons. con Cenate Sopra e S. Paolo d'Argon; al 31 genn.; per circa 200 pov. su 4026 ab.; L. 6500 oltre L. 1000 trasp. e L. 500 uff. san.

CERGNANO (*Pavia*). — Scad. 5 febbr. L. 6500, oltre L. 1000 per 1000 pov., L. 3 addizionale, L. 200 uff. sanitario.

CIVITA D'ANTINO (*Aquila*). — Scad. 10 febbr.; residenz.; L. 6000 oltre L. 2000 cav. e L. 500 uff. san

FANANO (*Modena*). — Scad. 31 genn., 1ª cond.; L. 8000 con 10 aumenti del ventesimo, c.-v., indenni. cav., assicur.

CUPRAMONTANA (*Ancona*). — A tutto il 25 genn. è prorogato il concorso per il medico-chirurgo alla terza condotta.

LIMOSANO (*Campobasso*). — Poveri; L. 3000 (*sic*) e c.-v. concesso e da concedersi; età limite 39. Scad. 40 giorni dal 31 dic. Il locale Consorzio operaio assegna altre L. 5400 e casa gratuita di sei vani in tre piani, per i soci e famiglie — sempre che la scelta del medico verrà fatta di pieno accordo dall'Amm.ne Com.le e sociale; in difetto, quest'ultima si riserva piena libertà di scelta.

MANSUÈ (*Treviso*). — A tutto 31 gennaio; L. 6000 per 1000 poveri; addizion. di L. 2; doppio c.-v.; L. 2500 mezzo trasp. (cavallo od autoveic.). Il Comune garantisce la locazione di casa, stalla, rimessa, fienile, adiacenza per L. 500.

MELDOLA (*Forlì*). — Scad. 4 febbr. Condotta chirurgica ospitaliera; L. 10,000. Condotta medica ospitaliera; L. 9000. Di due medici ospitalieri quota di cent. 50 sulla retta degli abbienti. Condotte del forese; L. 8000, oltre L. 2500 cav. Per le tre condotte 5 aumenti quadriennali di L. 800; doppio caro-viveri.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospedalieri*. — Primario oculista; L. 7000 e condizioni tutte del vigente organico e regolamento. Età-limite 44. Titoli ed esami. Pubblicazioni a stampa e una memoria inedita in 5 esemplari. Docum. al Protocollo del Consiglio Ospitaliero (via Ospedale, 5) non più tardi delle ore 16 del 28 febbr. Per ulter. informazioni rivolgersi alla Direzione.

MOMBERCELLI (*Alessandria*). — Scad. 25 genn. L. 4000, oltre L. 1800 trasp., fino a 300 pov.; addizion. L. 3-5; caro-viveri.

MONTALTO PAVESE (*Pavia*). — Scad. 25 genn.: L. 6500, L. 1000 per 1000 pov., L. 1800 trasp., lire 200 uff. san., doppio c.-v.

MONTICIANO (*Siena*). — Scad. 5 febbr.; per Jesa; L. 6500 oltre L. 4000 cav., L. 1000 chilometraggio, doppio c.-v.

MONTEGALLO (*Ascoli Piceno*). — A tutto 28 febbr.; L. 5500 obbligo resid., L. 1000 fino a 1000 pov, addizion. L. 2.50, per uff. san. L. 500, doppio c.-v., L. 2000 cavalc. Ab. 3769.

MONTIERI (*Grosseto*). — Al 31 genn., due posti; L. 9000, quadrienni e sessenni, L. 2400 c.-v. Serv. entro 10 giorni.

ORVIETO (*Perugia*). — Due condotte di campagna; L. 6000, doppio c.-v., oltre L. 1500 disag. resid. e servizi disagiati, L. 1000 resid. povera, L. 4000 cavalc. Scad. 31 genn. Età limite 35 anni. Voti degli esami speciali e di laurea. Servizio entro 15 giorni. Tre quinquenni.

PERUGIA — Due cond. rurali; a tutto 30 genn.; poveri. Docum. all'Ufficio d'Igiene. Chiedere annunzio (al Segretario generale del Comune). Lire 6000, doppio c.-v., indenn. cavalc., L. 300 ambulat.; L. 200 assicuraz., alloggio.

PETRALIA SOTTANA (*Palermo*). — Seconda cond.; L. 5000 per 500 poveri; cinque quinquenni decimo. Scad. 31 genn.

PORANO (*Perugia*). — A tutto 15 febb.; L. 6000 per 1000 pov., doppio c.v., addizion. L. 2; se gli abbienti fossero meno di 300 L. 1000 di residenza povera; L. 500 trasp.; L. 200 uff. san. e arm. farm.; 3 quinq. decimo. Servizio entro 15 giorni.

ROCCA S. FELICE (*Avellino*). — Scad. 31 gennaio. Ab. 1500, di cui circa 150 poveri. L. 3500; caroviveri come per legge.

S. VINCENZO VALLE (*Aquila*). — Scad. 10 febbr.; 3° rep.; L. 6000 oltre L. 2000 cav., doppio c.-v.

VOLTA MANTOVANA (*Mantova*). — 1ª cond. e direttore operatore Civico Ospedale; L. 6750, doppio c.-v., L. 2000 cav., assegno speciale L. 1200 (in corso di approvaz.).

CONCORSI A PREMIO.

Premio Ria.

Per festeggiare il giubileo del venerato maestro di clinica Giuseppe Ria, alcuni anni or sono, per iniziativa del compianto prof. Giovanni Amellino, fu costituito un fondo, la rendita biennale del quale costituisce un premio da assegnarsi allo studente che vince il concorso su di una determinata tesi.

In ossequio a tali disposizioni il prof. Ria ha nominato una Commissione composta dei professori Tinozzi, Aievoli, Berger e Fragomele, che ha assegnato il seguente tema: « Stato attuale degli studi sulle spirochetosi ittero-emorragiche ».

Il lavoro dovrà essere presentato al prof. Tinozzi non più tardi del 30 novembre 1922.

Il vincitore riceverà un libretto di 500 lire del Banco di Napoli, a lui intestato.

Premio Trovati e Cornelli.

Il prof. Gio. Masnata, per onorare la memoria dei compianti colleghi dott. Trovati e Cornelli, tragicamente scomparsi la sera del 30 luglio, dopo essersi recati a Stradella per comporre l'annosa vertenza Masnata col civico Ospedale, ha fondato un premio biennale, per ora di lire duemila, da assegnare a quel medico condotto della provincia inscritto regolarmente all'Ordine di Pavia, che entro i due anni abbia fatto la migliore pubblicazione di medicina o di chirurgia pratica.

Il premio verrà, la prima volta, consegnato solennemente al vincitore nel secondo anniversario del sacrificio dei due Colleghi, cioè il 30 luglio 1923.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Ministro della P. I., valendosi della facoltà accordatagli dalla legge, ha chiamato a succedere nella cattedra di Clinica Medica di Bologna, vacante per la quiescenza di Augusto Murri, il professor Giacinto Viola, che aveva vinto il concorso alla Clinica di Messina.

***

Il dott. Francesco Lombardi Comite, capitano medico in congedo, decorato di guerra, da S. Costantino Calabro (Catanzaro), è nominato Cavaliere nell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Il dott. Domenico Scuncio da Prata Sannitica (Caserta) è nominato Cavaliere della Corona d'Italia.

***

In esito a varî concorsi testè banditi, la Croce Rossa Italiana ha assegnato i seguenti premi:

Per un libro d'igiene per le scuole medie: premio di L. 5000 al prof. Giovanni Loriga (Roma); premio d'incoraggiamento di L. 1000 al dott. Valfredo Chiodi (Firenze).

Per un libro di igiene per le scuole popolari: due premi di incoraggiamento di L. 2500 ciascuno al sig. Gabriele Sardo (Palazzolo Acreide) e alla dottoressa Teresita Menzinger Ruata (Perugia).

Per un opuscolo di norme pratiche per i ricoverati nei sanatori antitubercolari: premio di L. 500 al dott. Giovanni Saggini (Milano).

Le Commissioni giudicatrici erano presiedute dall'on. sen. prof. Lustig e di esse facevano parte i proff. Sclavo, Baduel, Tona, Mendes, Ilvento.

I non premiati che volessero ritirare i lavori presentati al concorso potranno, fino al 28 febbraio 1922, presentarsi personalmente all'Ufficio II del Comitato Centrale della Croce R. I., via Toscana, 10, Roma, dimostrando la propria identità o facendo presentare persona da loro delegata.

NOTIZIE DIVERSE.

Corso di perfezionamento in Clinica Medica a Roma.

Col giorno 1° febbraio 1922 sarà iniziato, presso la Clinica Medica della Università di Roma al Policlinico Umberto I, un corso di perfezionamento fra i laureati di medicina e chirurgia.

Tale corso è destinato a completare la coltura dei medici su forme morbose che occupano tanta parte della patologia e della clinica, e di mettere gli studiosi al corrente dello stato attuale delle conoscenze sulla *infezione tubercolare*, dei progressi raggiunti nel campo scientifico e pratico, dei mezzi di accertamento e di difesa sociale contro la malattia. Il corso, costituito da esercitazioni e da lezioni, comprenderà i seguenti insegnamenti:

1. Lezioni cliniche sulla tubercolosi (prof. Ascoli);
2. L'evoluzione anatomica delle lesioni tubercolari (prof. F. Marcora);
3. La semeiotica della tubercolosi polmonare (prof. A. Carducci);
4. L'esame radiologico nella tubercolosi polmonare (prof. P. Alessandrini);
5. Prove biologiche della infezione tubercolare (prof. T. Pontano);
6. La terapia fisica della tubercolosi polmonare (prof. A. Angelini).

Oltre il corso suddetto, saranno tenute conferenze sui seguenti argomenti:

1. Semeiogenesi dei sintomi tubercolari (professor A. Zeri);
2. Tubercolosi renale degli organi genitali maschili (prof. Alessandri);
3. Tubercolosi degli organi genitali femminili (prof. E. Pestalozza);
4. Tubercolosi ossea (prof. L. Leotta);
5. Lupus e tubercolosi cutanea (prof. A. Ducrey);
6. Tubercolosi dell'infanzia (prof. T. Luzzatti);
7. Tubercolosi delle vie aeree (prof. S. Ferreri);
8. Tubercolosi e lavoro (prof. A. Ranelletti);
9. Tecnica dei dispensari antitubercolari (professor Benedetti);
10. Tecnica dei sanatori per tubercolotici (professor G. Mendes).

I perfezionandi potranno frequentare le sale della Clinica medica. Agli iscritti, i quali frequenteranno il corso e daranno prova di profitto, sarà rilasciato uno speciale diploma di perfezionamento. La tassa d'iscrizione è di L. 250.

Le domande dovranno essere rivolte al Rettore della R. Università degli studi di Roma, corredate dei seguenti documenti:

a) Fede di nascita debitamente legalizzata;

b) Diploma e certificato di laurea in Medicina e Chirurgia;

c) Quietanza del pagamento della tassa d'iscrizione, rilasciata dall'Economo della R. Università.

Corso di perfezionamento a Firenze.

A parziale modificazione del Programma già pubblicato in principio dell'anno scolastico circa i corsi speciali bimestrali di Perfezionamento in Clinica Oculistica, Materia Medica, Oto-rino-laringoiatria (Corso libero) e Ortopedia (Corso libero) si prevengono gli interessati che tenuto conto della ricorrenza delle feste pasquali nel mese di aprile si è creduto opportuno di tenere i predetti corsi nei mesi di febbraio e marzo 1922 anzichè in quelli di marzo ed aprile come era stato annunziato.

Si avverte inoltre che i corsi suddetti saranno tenuti qualora gli iscritti raggiungano il numero di 10 per ogni corso.

Corso complementare d'igiene pratica.

Col 13 febbraio sarà aperto presso l'Università di Pisa un corso complementare bimestrale d'Igiene pratica. Vi sono ammessi, oltre i laureati in Medicina e Chirurgia, quelli in Veterinaria e in Chimica e Farmacia. L'iscrizione resta aperta fino al 10 febbraio presso l'Ufficio del Rettore. Tassa di L. 300. Le iscrizioni potranno essere da 30 a 40, e saranno stabilite secondo l'ordine di presentazione delle domande.

Gli inscritti dovranno il 12 febbraio prendere in consegna il posto di lavoro, presentandosi forniti di microscopio con oculare micrometrico, apparecchio di Abbe, lente ad immersione ed un piccolo corredo.

La generalità degli oggetti del piccolo corredo potrà acquistarsi a prezzo di costo, presso persona indicata dalla Direzione dell'Istituto.

Corso di perfezionamento in ortopedia a Parigi.

Dal 23 al 29 gennaio si tiene a Parigi il 12° corso di ortopedia indispensabile ai medici pratici (lussazione congenita dell'anca, paralisi infantile, scoliosi, piedi torti, tubercolosi esterne, fratture) con

esercizi pratici individuali. Diritti di iscrizione 150 frs. Rivolgersi al dott. Fouchet (Institut Calot a Berk-Plage) ovvero al dott. Colleu (Clinique Calot, quai d'Orsay, 69, Parigi).

Le condizioni economiche dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Ad istanza della Banca d'Italia, giratoria della Banca di Sconto, sono stati protestati effetti cambiari scaduti il 4 gennaio e non pagati dall'Ospedale Maggiore di Milano, per un importo complessivo di 1,125,000 lire.

Il segretario generale avv. Gaggi rileva come ad impedire che le istituzioni ospedaliere abbiano ad essere travolte dalla crisi che le travaglia ed a cessare, con gravissimo danno di tutti, ogni loro funzione di assistenza, il Governo dovrebbe sollecitare il suo intervento, adottando tutte quelle misure d'urgenza che furono più volte invocate dalle amministrazioni ospedaliere.

L'Istituto fotoradioterapico di Napoli.

L'8 corr., al Policlinico di Napoli, con largo intervento di autorità, di uomini politici e di professori dell'Università, venne inaugurato solennemente l'Istituto fotoradioterapico dovuto alla fede ed alla iniziativa del prof. Rodolfo Stanziale, titolare della cattedra di Dermosifilopatica. La cerimonia assunse particolare importanza per l'intervento del ministro della P. I. on. Corbino, dei sottosegretari on. Anile e Rosadi, dei senatori Cardarelli, decano illustre del corpo medico napoletano, D'Andrea, Salvia, Pascale, Di Lorenzo, Torraca, degli ex ministri Labriola e Bianchi, degli ex sottosegretari Caporali e Vincenzo Bianchi, dei deputati Pietravalle, Capasso, Bonocore, Visco, Marghieri, Guarracino, del presidente della Deputazione provinciale Girardi, del prefetto, del rettore dell'Università, del comandante della Divisione, ecc. Intervenne anche il prof. Versari dell'Istituto Anatomico di Roma. Vennero lette le adesioni del ministro della Real Casa, dell'ex ministro Benedetto Croce, del direttore del Banco di Napoli, ecc.

La cerimonia si svolse nell'anfiteatro dell'Istituto. Parlò il prof. Stanziale, enunciando gli scopi dell'Istituto, sorto per venire in aiuto agli ammalati poveri, e ringraziò tutti coloro che hanno offerto i fondi necessari. Pronunciò poi brevi parole il ministro Corbino, magnificando l'opera umanitaria. Quindi furono visitati i locali dell'Istituto.

Invitati dal corpo accademico dell'Università, il ministro e i due sottosegretari parteciparono ad un banchetto offerto in loro onore all'Hôtel Bertolini.

Donazione cospicua.

All'Ospedale Maggiore di Bologna è stata fatta un'altra cospicua donazione dal marchese Carlo Alberto Pizzardi, per agevolare la costruzione del nuovo ospedale per malattie acute con particolare riguardo all'ospedale per i tubercolotici. La donazione consiste in un milione di lire in contanti, due fondi in Sant'Agostino, ed in diversi crediti per oltre 500,000 lire.

Contro la malaria nelle terre liberate.

Il Ministero delle Terre liberate comunica che a il Ministro Raineri ha presieduto a Venezia una riunione indetta per la fondazione di un nuovo Ente, inteso a combattere la malaria nelle Tre Venezie. Furono gettate le basi per la costituzione di detto Ente.

Società Romana di Antropologia.

Nell'adunanza del 7 gennaio furono fatte, tra altre, le seguenti comunicazioni scientifiche:

Prof. G. Sergi: La scoperta di un cranio umano in Africa di forme differenti da quelle esistenti; Prof. U. Rellini: Sul paleolitico in Italia; Prof. F. Frassetto: 1° Sulla ripartizione senaria dei valori seriali inerenti a lunghezze, volumi, pesi, indici, ecc., in Antropometria e in Biometria; 2° Il numero e la varietà dei tipi costituzionali e delle combinazioni morfologiche individuali in Antropologia e in Medicina (Ipotesi di lavoro); 3° Delle relazioni fra il peso e la statura nell'uomo adulto; Prof. A. Mannu: Sul canale cranio-faringeo nell'uomo ed in alcuni mammiferi.

Convegno delle Associazioni Nazionali contro la tubercolosi.

Per i giorni 11 e 12 aprile è indetto a Roma dalle sottoscritte Associazioni nazionali un Convegno destinato alla discussione dei mezzi pratici che sono necessari a dare alla lotta antitubercolare in Italia, colla continuità dell'azione, la maggiore possibile efficacia.

Nel Convegno non saranno discussi problemi relativi ai tubercolotici di guerra, ed a provvedimenti che li riguardino, essendo questi di competenza di altre Associazioni.

Invece, saranno largamente discussi i temi della profilassi e dell'assistenza, considerando la Tubercolosi come problema sociale.

Per informazioni di ogni specie gli aderenti al Convegno sono pregati di rivolgersi al Segretario prof. dott. T. Rossi Doria, via Toscana, 10 — Roma.

Al Convegno saranno rappresentate le seguenti istituzioni: Federazione Italiana delle Opere Antitubercolari, Croce Rossa Italiana, Comitato Romano per la lotta contro la tubercolosi, Associazione Antitubercolare del mezzogiorno, Associazione italiana per l'igiene, Istituto d'Igiene e previdenza Sociale.

II Congresso Nazionale d'igiene scolastica e di assistenza al fanciullo.

Promosso dall'Associazione Italiana per l'Igiene della Scuola si terrà nell'aprile p. v. il II Congresso Nazionale d'Igiene Scolastica e di Assistenza al Fanciullo, al quale hanno già assicurato il loro intervento i più competenti cultori della materia e personalità scientifiche, politiche e amministrative.

I temi all'ordine del giorno sono:

1) Per l'istituzione e l'organizzazione di un servizio igienico-sanitario in tutti gli Istituti Scolastici d'Italia, Relatore: Ragazzi;

2) L'importanza sociale dell'educazione e dell'assistenza degli anormali psichici, Relatore: Albertini;

3) Opere parascolastiche, Relatore: Graziani.

Il programma del Congresso comprenderà una visita alle più interessanti istituzioni d'Igiene scolastica e parascolastica.

Coloro che intendono fare comunicazioni devono inviare il titolo e le conclusioni alla Segreteria del Congresso entro il febbraio p. v.

Per informazioni rivolgersi al Segretario del Comitato Organizzatore, dott. Ivo Menniti, medico scolastico, Ufficio d'Igiene - Genova, al quale devono pure inviarsi le adesioni accompagnate da cartolina vaglia di L. 10.

Lega delle Croci Rosse.

È stato da alcuni annunciato il probabile scioglimento della Lega delle Società di Croce Rossa risiedente a Ginevra, forte organismo sorto dopo la guerra, che si era dedicato con grande fervore alle opere di igiene sociale internazionale. La voce è del tutto infondata e potè solo avere origine dal fatto che il personale di alcune Sezioni fu ridotto in seguito al nuovo ordinamento di alcuni servizi. La Lega si prepara al contrario con ardore all'assemblea generale che si terrà nel marzo prossimo a Ginevra e il cui programma fu già approvato dalla maggior parte delle Società nazionali di Croce Rossa che hanno già fissato un contributo annuo permanente per il funzionamento della Lega stessa. È dunque un'era di vita nuova che si inizia per la Lega, la cui attività si concentrerà in special modo sulla propaganda popolare dell'igiene, infermiere visitatrici, Croce Rossa Giovanile. I rapporti della Lega col Comitato Internazionale della Croce Rossa sono sempre ottimi.

LA RUBRICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Giudizi di abbonati.

Ci sia permesso di riportare ancora alcuni giudizi lusinghieri sulla compagine e sull'efficienza del nostro periodico:

Il dott. Nicolò Ciccarello, da Ribera (Girgenti), scrive:

«Tengo a dichiarare che il *Policlinico* è un prezioso e indispensabile coadiuvatore del medico ed oggi rappresenta una delle migliori — se non la migliore — fra le riviste mediche d'Italia.

Ogni giorno di più, nel continuo divenire del progresso scientifico, noi medici pratici sentiamo il bisogno di essere sorretti e guidati dall'aiuto pratico e tecnico dell'importantissimo periodico, che è uno dei più forti propulsori di scienza e di lavoro.

Del *Policlinico* non si può nè si deve fare a meno, a qualunque gradino scientifico si appartenga; esso è il più caro, il più affettuoso e sicuro amico del medico».

Il dott. Giovanni Senetiner, di Basilica Nova (Parma), scrive:

«Invio il presente per rinnovare l'abbonamento per il 1922, plaudendo al costante progresso dell'ottimo periodico».

Il dott. Giovanni Barbera, di Mola di Bari, scrive:

«Tale periodico è necessario ed utilissimo ai medici perchè concretizza il *quid agendum*, sintetizzando i lavori compiuti nel campo medico; specie oggi che non basta una vita per leggere e studiare quanto si è scritto intorno anche ad una singola branca, tanto sono procellose le onde dell'immane pelago scientifico.

È un giornale che s'impone nello studio d'ogni medico, sia di città che di campagna, e non saprei come classificare quei colleghi che credono di poterne fare a meno».

Il dott. Enrico Persano, da Firenze (via della Mattonaia, 29), scrive:

«Invio abbonamento alla Sezione Pratica 1922, con plauso per l'ottimo indirizzo, scientifico e pratico insieme, del giornale».

Il dott. Morelli Nicola, da Capriati al Volturno (Caserta), scrive:

«Auguri a lei ed a tutta l'Amministrazione e Redazione del Giornale, nostro unico alimento spirituale».

Il dott. prof. Alberto Furno, da Reggio Emilia, scrive:

«Per l'abbonamento alle tre Sezioni con auguri per il bellissimo e utilissimo giornale».

Il dott. Oberto Pasquale, da Ponte di Nossa (Bergamo), scrive:

«... Quale importo d'abbonamento per il 1922 al pregiato periodico *Il Policlinico* a cui sono ormai indissolubilmente legato».

Il dott. Luigi A. Sarzi, da Torricella del Pizzo (Cremona), scrive:

«Spedisco la quota d'abbonamento per il *Policlinico*, parte Pratica, divenuta indispensabile ai medici condotti».

Il dott. Nino Della Mano, di Lomello (Pavia), scrive:

«Colgo l'occasione per inviare a Lei ed al *Policlinico* i miei migliori auguri pel nuovo anno, convinto che le doti e le qualità della rivista medica da Lei amministrata non potranno che raccogliere nuovi associati».

Il dott. A. Molfino di Savona, scrive:

«I migliori auguri al «Policlinico» ed alla valente Redazione e benemerita Amministrazione che hanno così brillantemente contribuito a farne un giornale modello».

L'AMMINISTRAZIONE.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Endocrinology, sett. — A. BIEDL. Le secrezioni interne nelle turbe del metabolismo e della digestione. — A. HAMMAR. Anatomia e funzioni del timo.

The Journal of Nervous and Mental Disease, sett. — M. A. HARRINGTON. Fede e psichismo. — T. SODA. Viscosità del liquido cerebro-spinale.

La Prensa Méd. Argentina, 30 sett. — A. NAVARRO. L'età critica dell'uomo.

Quaderni di Psichiatria, sett.-ott. — G. BORSARI e G. BIANCHI. Sulla funzione del nucleo lenticolare.

Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 2 ott. — L. PEZZOTTI. Polso bigemino pseudo-alternante. — 6 ott. A. SEGA. Femminilismo eunucoide ed infezione tubercolare.

Giornale di Clinica Medica, 10 ott. — L. ARMANI Diverticolo da trazione della porzione medica dell'esofago. — A. MIANI. Infezioni da paratifobacillo C.

The Lancet, 22 ott. — M. HUME ed E. NIRENSTEIN. Osteomalacia da fame a Vienna.

The Journal of the American Medical Association, 22 ott. — J. WHITE e A. M. GREENWOOD. Le epidermotifosi. H. F. SHATTUCK. Il metodo Sippy nell'ulcera gastrica.

La Chirurgia degli Organi del Movimento, n. 5. — M. LUPO. Vizio di assimilazione sacrale del 5° metamero lombare. — G. PIERI. L'amputazione osteoplastica del femore secondo Dalla Vedova e la sua cinematizzazione completa.

Giornale Italiano d. Malattie Veneree e d. Pelle, 28 ott. — L. TOMMASI. Diabetidi a tipo papulo-necrotico. — G. BERTACCINI. Manifestazioni cutanee nella leucemia.

Pensiero medico, 29 ott. — G. VIDONI. Le scuole autonome per deficienti.

Lo Sperimentale, 31 ott. — M. BUFALINI. Influenza della splenectomia nella distruzione dei batterî nell'organismo.

La Medicina Italiana, ott. — G. BOSCHI. Cause associate e cure associate.

La Pediatria, 1° nov. — R. VAGLIO. Spasmi respiratorî affettivi.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 3 nov. — MILIAN. Sifilide pigmentaria. — J. TROISIER. Tensione superficiale, degradazione degli albuminoidi e insufficienza epatica. — C. FLANDIN, A. TZANCH e ROBERTI. Esoemofilassi: profilassi di accidenti da arsenobenzoli.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 4 nov. — A. MÜLLER. Le affezioni muscolari nel rachitismo. — F. BURGDÖRFER. Sviluppo della popolazione in Germania prima e dopo la guerra.

Paris Médical, 5 nov. — Numero sulle malattie dei bambini.

Zentralblatt für innere Medizin, 5 nov. — P. ENGELEN. Azione dell'alcool sulle aritmie cardiache.

Journal de Médecine de Bordeaux, 10 nov. — PIERRE-NADAL. Educazione fisica e fisiologica.

La Presse Médicale, 12 nov. — H. ROGER. Azione degli estratti d'organi sulla pressione sanguigna.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 11 nov. — A. MÜHLING. Sull'azione diuretica del mercurio. — H. EICKE ed E. ROSE. Il metodo Linser per il trattamento della sifilide.

Medizinische Klinik, 13 nov. — R. ROSEMANN. Specie e individualità.

Zentralblatt f. Chirurgie, 19 nov. — F. MANY. Nuovo metodo di cura per le ferite dei vasi ed aneurismi.

Surgery, Gynecology and Obstetrics, nov. — W. J. MAYO. Il significato chirurgico dell'insufficienza epatica. — A. GIBSON. La paralisi facciale. — B. C. CORBUS. Trattamento dei tumori della vescica senza escissione.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 30 Gennaio 1922 Fasc. 5

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO.
Direttore: prof. LUIGI PHILIPPSON.

Sul potere anticomplementare dei fiocchi delle R. Sachs-Georgi e Meinike

per il dott. LUIGI CACIOPPO, assistente.

I.

Dopo la scoperta della reazione di floculazione di Sachs-Georgi per la diagnosi della sifilide, parecchi sperimentatori hanno pensato di studiare il comportamento dei fiocchi che risultano da questa reazione di fronte al complemento, per conoscere più intimamente il processo che avviene nella R. W.

Quel che avviene in questa reazione fra siero ed estratto non è visibile e non si rende evidente che attraverso il complemento; nel metodo di Sachs, la reazione fra siero ed estratto si rende manifesta colla comparsa dei fiocchi. E su questi si è sperimentato, principalmente collo scopo di vedere se essi esercitino sul complemento un'azione analoga a quella che nella R. W. esercita la miscela siero-antigeno, cioè d'inibire l'emolisi. Gli esperimenti sono stati condotti in vario modo.

Già il Bordet (*Traité de l'immunité*, 1920, pag. 441), per ottenere la floculazione del siero sifilitico, si servì direttamente dell'estratto in uso nel suo Istituto per la R. W., estratto alcoolico di cuore di bue, trattato prima con acetone. Per questa reazione viene evaporato l'alcool dell'estratto ed il residuo emulsionato in soluzione fisiologica. Per osservare floculazione nei sieri sifilitici egli usa l'emulsione nella proporzione di 2 volumi su 1 volume di

siero inattivato, e l'ottiene più presto a 50°. Ora questi fiocchi messi in contatto col complemento, « l'assorbono avidamente » talchè l'emolisi non avviene. L'A. aggiunge che non essendo questa floculazione un fatto costante, non può servire come mezzo diagnostico, mentre ora i metodi di Sachs-Georgi e di Meinike hanno raggiunto questo scopo.

Tutti gli altri sperimentatori, principalmente tedeschi, hanno provato i fiocchi che risultano dalla R. S. G., ed hanno condotto l'esperimento variamente:

1° o lasciando compiersi la reazione, aggiungendo dopo 24 ore il complemento e dopo un'altra ora di termostato sistema emolitico, come l'Jakob che ottenne inibizione (*Zur Frage der praktischen Brauchkarkeit der Ausflockungsreaktion nach Sachs-Georgi*, Derm. Zschr., 1920, H. 6);

2° o lasciando sviluppare la reazione in termostato soltanto 4 ore, aggiungendo poi il complemento e dopo un'ora di termostato a 37° sistema emolitico, come il Keining che, in tal modo operando ottenne pure inibizione (*Ueber Kombin. Sachs-G. e W.*, *Deutsche Medizinische Woch.*, feb. 1921), e come il Kafka che, servendosi dello stesso metodo del Keining, venne agli stessi risultati. (*Ueber Kombin. S.-G. e W.*, loco citato, marzo 1921);

3° o separando i fiocchi e operando soltanto su questi. E così Steihner e Merzweiter (*Ueber Kombin. S.-G. e W.*, loco citato, mag. 1921) hanno separato i fiocchi colla centrifugazione, li hanno poi sospesi in soluzione fisiologica, aggiunto il complemento, lasciato per un'ora in termostato a 37°, indi sistema emolitico, ottenendo anch'essi inibizione.

E pure il Rothmann eseguendo la R. W. nello stesso modo, pervenne allo stesso risultato (*Kombin. S.-G. e W.*, loco citato, agosto 1921).

Tutti gli sperimentatori hanno avuto dunque lo stesso risultato, come già il Bordet, e cioè i fiocchi hanno inibito l'emolisi. Quindi sembrava assodato che questo fenomeno era da considerarsi tal quale come l'effetto della miscela estratto + siero sul complemento nella R. W.

II.

A dare però a tutti questi esperimenti il loro pieno ed assoluto valore, mancava una prova di controllo.

È vero che i fiocchi tolgono al siero di cavia il suo potere complementare, come la miscela antigeno + siero sifilitico; però noi sappiamo che nello stesso modo il complemento può venir influenzato da molti altri fattori, e di differente specie.

Così, nel caso nostro, noi pensiamo che in tal maniera potrebbe agire già lo stato fisico degli stessi fiocchi. Già il Rothmann interpretò in questo senso l'inibizione ottenuta sui fiocchi: « L'inibizione dell'emolisi in miscele di siero-estratti non significa una R. W. specificatamente positiva, ma è invece la conseguenza dell'assorbimento fisico del complemento, prodotto da fiocchi macroscopici » e, a sostegno della sua opinione, egli fece la seguente esperienza: Sospese, in proporzioni adatte, ossido di rame e solfato di bario in soluzione fisiologica, ottenendo una precipitazione che, ai fini della sua concezione sul comportamento dei fiocchi di fronte al complemento, egli considerò come una R. S.-G. positiva. Aggiunse quindi alla sospensione complemento, poi sistema emolitico ed ottenne inibizione. Filtrato il miscuglio, e ripetuta la prova dell'emolisi sul filtrato libero da fiocchi, non ebbe più inibizione.

Cominciando a lavorare su questo argomento con questa obbiezione presente al nostro pensiero, sin dal principio dei nostri esperimenti ci siamo preoccupati di trovare la prova di controllo sin qui trascurata dagli altri ricercatori. Procurandoci dei fiocchi anche da sieri normali e sperimentando su di essi, noi ci siamo forniti di questa sicura prova di controllo.

Ora la S.-G. eseguita secondo le regole, non dà floculazione che coi sieri sifilitici. Ma si sa che la prima prescrizione di questi AA. diceva di tenere le provette per 2 ore in termostato e lasciarle dopo a temperatura ambiente, e che in seguito fu fatta la correzione di tenerle per tutto il tempo della reazione in termostato, poichè si vide che a bassa temperatura, accadevano anche delle floculazioni in sieri non sifilitici.

Di questo comportamento della reazione noi ci siamo serviti per la nostra bisogna. Lo stesso estratto che funzionava tipicamente nella reazione eseguita nel termostato, dava floculazione anche in sieri non sifilitici, eseguita nella ghiacciaia e mantenutavi per 24 ore.

In generale la floculazione dei sieri sifilitici in ghiacciaia non è così abbondante come quella che avviene in termostato, e può, qualche rara volta, mancare in sieri sifilitici a forte R. W. E i sieri normali danno in generale floculazione più debole di quelli sifilitici. In ogni esperimento, servendomi di un gran numero di sieri, dei quali conoscevo la provenienza, avevo sempre a disposizione per le mie prove, fra i tanti, sia sieri sifilitici, sia sieri normali, con floculazione diversamente intensa, ma sufficiente per servire allo esperimento. E questo allo scopo di non controllare soltanto i ri-

sultati degli AA. succitati, ma anche per vedere se la maggiore o minore quantità dei fiocchi potesse influire sul risultato. Inoltre siccome in generale i sieri negativi davano quantità minore dei fiocchi, io avevo mezzo di confrontarli con fiocchi di provenienza sifilitica, di eguale quantità. E non soltanto ai fiocchi si limitarono le mie esperienze, ma volli anche estenderle al liquido ottenuto dopo la centrifugazione dei sieri floculati, per conoscerne pure il modo di comportarsi di fronte al complemento.

In principio delle mie esperienze, dopo ottenuta la floculazione, centrifugai i sieri per 15', ottenendo la sedimentazione dei fiocchi, che, dopo decantazione del liquido soprastante, furono mescolati con 1 cmc. di soluzione fisiologica. In questa sospensione i fiocchi scomparivano macroscopicamente, ma restavano sempre visibili come particelle minutissime, nuotanti in tutta la colonna liquida, all'esame colla lente d'ingrandimento.

Nell'eseguire la prova dei fiocchi col complemento, io producevo così come si suol fare nel nostro Istituto per la R. W. (V. Cuccia: *Policlinico*, Sez. pratica, n. 21, 1921). Alla sospensione dei fiocchi io aggiungevo il complemento, tenevo per un'ora in termostato, poi il sistema emolitico impostato a tempo, notando quindi il tempo in cui avveniva l'emolisi. Il ritardo, più o meno notevole della medesima, m'indicava il potere anticomplementare dei fiocchi.

La prova dell'emolisi eseguita in questo modo sui fiocchi sospesi in soluzione fisiologica, mi diede sempre emolisi, preceduta talvolta da un leggero ritardo, sui fiocchi provenienti da sieri normali, inibizione, più o meno netta, sui fiocchi di sieri sifilitici, inibizione che concordava nella sua intensità con i dati clinici, col risultato della R. W. e colla maggiore o minore floculazione delle R. S.-G. e M., eseguite contemporaneamente. Su 300 sieri esaminati, solo in 3 casi ebbi inibizione sui fiocchi di sieri che in ghiacciaia floccularono poco, provenienti da individui i cui dati anamnestici e clinici facevano escludere la lue.

L'intensità della floculazione dei sieri negativi non esercitò mai nessuna azione sul risultato dell'esperienza, perchè l'emolisi fu sempre netta sia sui sieri abbondantemente floculati, con fiocchi macroscopici, ben visibili ad occhio nudo e nuotanti in tutto il liquido, sia sui sieri con floculazione scarsa, in forma di una fine polvere, visibile colla lente d'ingrandimento, e sparsa omogeneamente in tutta la colonna liquida.

Non influì neanche l'intensità della floculazione sull'esito della reazione in caso di sieri sifilitici, poichè fiocchi scarsi di sieri d'individui con manifestazioni floride, R. W. + ÷ +, inibirono l'emolisi così nettamente come fiocchi abbondanti ottenuti da altri sieri sifilitici.

In una seconda serie di esperienze non centrifugai più i sieri floculati, ma vi aggiunsi direttamente il complemento, procedendo pel resto come d'ordinario.

Anche in queste esperienze i risultati furono gli stessi, e cioè ottenni emolisi con fiocchi provenienti da sieri normali, inibizione con fiocchi provenienti da sieri sifilitici.

Una differenza notai nel tempo in cui si compiva l'emolisi tra le sospensioni dei fiocchi in soluzione fisiologica, ed i fiocchi ed il liquido presi assieme. Nelle sospensioni dei fiocchi in soluzione fisiologica, in generale l'emolisi avveniva in un tempo più breve che sui fiocchi ed il liquido, adoperati contemporaneamente, e ciò nello stesso siero.

III.

Sin qui io lavorai, a somiglianza degli altri sperimentatori, sui fiocchi provenienti dalla R. S.-G., ma proseguendo nelle mie esperienze io mi rivolsi pure ai fiocchi che risultano dal secondo metodo del Meinike. Come si sa, esistono due metodi del medesimo A., ed il secondo mi offrì il mezzo di procurarmi dei fiocchi di sieri normali, da servirmi da controllo dei fiocchi di sieri sifilitici, per studiarne il comportamento verso il complemento.

Il terzo metodo del Meinike, già in uso a scopo clinico, si eseguisce in unico tempo, mentre il secondo in due tempi differenti. In un primo tempo floculano tutti i sieri indistintamente, tanto i sifilitici, quanto i non sifilitici, e solo dopo si fa la differenziazione dei medesimi per mezzo di aggiunta di soluzione di cloruro di sodio da 1.4 a 1.8 %, che scioglie i fiocchi dei sieri non sifilitici.

Io per le mie esperienze, mi son servito solo del primo tempo, usando lo stesso estratto (estratto alcoolico di cuore di bue) in uso per gli esami serologici nell'Istituto, tanto secondo la R. W., quanto secondo il terzo metodo del Meinike.

La preparazione dell'estratto, secondo il Meinike, si fa diluendolo con metà di acqua distillata; si lascia in riposo per un'ora e indi si aggiunge una quantità di acqua distillata sette volte maggiore dell'estratto. Dell'emulsione così ottenuta si aggiungono 0.8 a 0.2 di siero inattivato.

Dopo 24 ore di termostato la floculazione cominciata già dopo 3-4 ore è completa, sia nei

sieri sifilitici, che nei sieri normali, costituita da fiocchi grossi, abbondanti, più abbondanti nei sieri sifilitici che nei sieri normali.

Nelle esperienze sui fiocchi dati dalla R. M., centrifugai sempre i sieri, liberai i fiocchi dal liquido soprastante e li mescolai con 1 cmc. di soluzione fisiologica.

I fiocchi scomparivano macroscopicamente; il liquido assumeva un aspetto lattiginoso e, guardando colla lente d'ingrandimento, si vedeva come un fine polviscolo nuotante in tutta la colonna liquida. Su questa sospensione dei fiocchi praticai la prova dell'emolisi, usando lo stesso procedimento sopra descritto.

Le sospensioni dei fiocchi di sieri negativi mi diedero sempre emolisi completa; le sospensioni dei fiocchi di sieri fortemente positivi, inibizione netta; le sospensioni dei fiocchi di sieri sifilitici a media o debole reazione, ritardo più o meno notevole dell'emolisi.

Eseguendo contemporaneamente la prova dell'emolisi sui fiocchi dello stesso siero, provenienti dalla R. S.-G. e dalla R. M., ho notato una differenza nel tempo dell'emolisi.

Sulle sospensioni dei fiocchi negativi provenienti dalla R. M., l'emolisi si è avuta sempre in un tempo minore che sulle sospensioni degli stessi fiocchi dati dalla R. S. A questo ritardo forse potrebbe contribuire più che la diversa costituizione fisica dei fiocchi, il contenuto in colesterina dell'estratto per la R. S.-G.

IV.

Avendo notato, come ho già detto, che i fiocchi e il liquido della R. S. prèsi assieme, davano, nella prova dell'emolisi, un certo ritardo rispetto ai soli fiocchi sospesi in soluzione fisiologica, e volendo anche controllare i risultati del Rothmann che sui filtrati della R. S. ottenne sempre emolisi, io ho studiato pure il comportamento del solo liquido, liberato dai fiocchi, di fronte al complemento. Ho voluto cioè persuadermi se, a reazione compiuta, era rimasto ancora del siero, capace di reagire in una seconda prova.

E per far ciò mi son servito sia della prova del complemento, sia delle stesse R. di S.-G e di M. Nel liquido proveniente da sieri negativi, procedendo come d'ordinario, l'emolisi è stata sempre completa ed ottenuta in un tempo in generale minore del doppio del tempo in cui si è avuto l'emolisi del sistema; nel liquido proveniente da sieri d'individui sifilitici a debole R. W., l'emolisi è stata pure completa; nel liquido invece proveniente da sieri d'individui sifilitici, a forte R. W. il liquido ha dato ancora inibizione sempre nettamente apprezzabile.

Ugualmente aggiungendo l'estratto per la R. S. e per la R. M. ai liquidi degli stessi sieri adoperati per la prova dell'emolisi, e tenendo per 24 ore in termostato, non ho avuto floculazione nei liquidi sia di sieri negativi o debolmente positivi, accenno di floculazione nei liquidi di sieri fortemente positivi, più ben visibile nella R. M.

Non tutta la sostanza specifica dei sieri sifilitici quindi combinandosi con l'estratto compare sotto forma di fiocchi, ma una parte resta libera, e in presenza del complemento lo attira ritardando o impedendo l'emolisi e con l'estratto per le R. S. e di M. ricompare in forma di fine polviscolo.

RIASSUNTO.

Ripetendo le esperienze degli altri AA. sui fiocchi della R. S. per conoscerne il comportamento di fronte al complemento nella R W., io ho voluto procurarmi una prova di controllo, e l'ho trovata ripetendo le esperienze su fiocchi provenienti da sieri normali, che mi sono stati forniti sia dalla R. S. eseguita in ghiacciaia, sia dal 2° metodo del Meinike.

Avendo a disposizione nello stesso esperimento sia sieri sifilitici, sia sieri normali a reazione diversamente intensa, io ho potuto lavorare su sieri positivi e su sieri negativi nei quali la floculazione era eguale, ed in tal modo ho eliminato l'obbiezione che si sarebbe potuto rivolgere alle mie esperienze, che la diversità di risultati tra i fiocchi di sieri positivi e i fiocchi di sieri normali dipendesse dall'ineguale quantità dei medesimi.

Operando in tal modo io ho ottenuto emolisi completa coi fiocchi di sieri normali, inibizione, più o mento netta, coi fiocchi di sieri sifilitici.

Esclusa quindi l'influenza che i fiocchi di per sè, per la loro costituzione fisica, esercitano sul complemento, assorbendolo semplicemente, noi concludiamo, in base alle nostre esperienze, che i fiocchi di per sè non inibiscono l'emolisi, e che solo i fiocchi di sieri sifilitici inibiscono l'emolisi per contenere nel loro intimo quella sostanza specifica che è anche l'agente della R. W.

NOTE E CONTRIBUTI.

Il trattamento degli ascessi freddi con la soluzione ipertonica di cloruro di sodio

per il dott. IGINO OTT, assistente all'Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Siena, diretto dal prof. V. REMEDI.

Per suggerimento del chiarissimo prof. Remedi, Direttore della Clinica e che qui ringrazio sentitamente, ho sperimentato nella cura degli ascessi freddi la lavatura e instillazione di soluzioni saline ipertoniche, già recentemente e con successo sperimentate da L. Durante, modificando però il tipo di soluzione. Durante usava all'inizio della cura una soluzione di cloruro di calcio del commercio, per l'azione fortemente detersiva che si attribuisce a tale sostanza, sui tessuti mortificati o poco vitali. Ottenuta la detersione della cavità ascessuale, sostituiva la soluzione di cloruro di calcio con una di gr. 25 di cloruro di magnesio in 100 cc. di acqua distillata e sterilizzata, con l'aggiunta di 1/2 cc. di formalina del commercio. Il cloruro di magnesio era adoperato, quale componente la soluzione, per le sue spiccate proprietà citofilattiche (Delbet).

Io ho invece usata la soluzione salina ipertonica secondo Wright, consistente in gr. 5 di cloruro di sodio e ctgr. 50 di citrato di sodio in gr. 100 di acqua distillata e sterilizzata. Già Wright, con soluzioni ipertoniche saline che adoperava per le ferite di guerra, aveva pensato di poter guarire le raccolte ascessuali tubercolari, o comunque gli ascessi a decorso cronico, ottenendo il riempimento della cavità dell'ascesso con una certa quantità di siero, proveniente per fenomeno osmotico dai tessuti vicini, come avviene nelle ferite. La soluzione salina ipertonica si comporta infatti nella cavità ascessuale come nelle ferite, provocando una abbondante essudazione. È nota la proprietà del siero di impedire la azione enzimatica della tripsina, proprietà che viene attribuita ai lipoidi del siero stesso. Esplicando contemporaneamente una azione chemiotattica negativa, riduce al minimo l'afflusso leucocitario nella cavità dell'ascesso, e con ciò la proteolisi. In questo modo la rapida detersione della cavità ascessuale e dei tessuti che la limitano si ottiene meccanicamente per la corrente di siero che affluisce nella cavità e con questa la sterilizzazione completa della cavità stessa.

È noto che l'essudato sieroso è la forma di essudato più favorevole per la difesa dell'organismo, perchè dotato di un potere alessico o complementare assai elevato. Questa proprietà si ritiene necessaria alla difesa umorale. L'essudato purulento è invece sprovvisto di potere complementare, e per di più è carico di elementi che agiscono in antagonismo al potere complementare. Riattivare fortemente quindi il flusso di essudato sieroso nella cavità dell'ascesso, sbarazzato con l'aspirazione del suo contenuto, è lo scopo della instillazione di soluzione ipertonica. L'aggiunta di una sostanza che abbia potere anticoagulante sul siero, come il citrato di sodio, è necessaria per far sì che l'essudato venga mantenuto, nella cavità ascessuale, allo stato liquido, con intatto il suo elevato potere alessico.

Si possono raggiungere così le condizioni necessarie per la guarigione.

In confronto ad altri metodi di cura ho potuto constatare che, mentre, ad esempio, nel trattamento col drenaggio filiforme che pure mi ha dato buoni risultati, è facile che le piccole ferite che davano passaggio al filo si fistolizzino e richiedano talvolta un lungo tempo per la guarigione, con questo metodo si ha molto raramente la fistolizzazione dell'ascesso, nonostante i ripetuti svuotamenti. Questo inconveniente, per nulla trascurabile, ho potuto osservare verificarsi invece assai spesso durante il trattamento degli ascessi freddi con le iniezioni di soluzioni iodiche o iodoformiche.

Per quello che riguarda la durata del trattamento questo metodo può andare di passo con quello del drenaggio filiforme, ma la guarigione si ottiene certamente in un tempo assai più breve che con le iniezioni di liquidi modificatori a base di iodio.

I criteri che informano questo metodo, e il meccanismo per il quale si ottiene la guarigione sono dunque in completo contrasto con quelli sui quali si basava la vecchia terapia. Le iniezioni iodiche o iodoformiche venivano prima usate per la loro azione antisettica, con la convinzione, cioè, che il medicamento agisse direttamente sul bacillo tubercolare. In seguito fu meglio chiarito il meccanismo per il quale si aveva la guarigione. Il pus dell'ascesso, ricco di lipasi, prepara l'azione di una proteasi la quale giunge nella cavità ascessuale coi polinucleari chiamativi per chemiotassi positiva dai liquidi irritanti. La batteriolisi si compie per doppia azione, quella della lipasi che spoglia il bacillo, e quella della proteasi che in seguito lo distrugge. Per questo le tubercolosi suppurate che guariscono sono soltanto quelle nelle quali queste due azioni si succedono. Il fermento dei leucociti interverrebbe anche nella riparazione, ripulendo con

la sua azione la cavità dalle albumine disintegrate che trasformerebbe in prodotti solubili e facilmente eliminabili come peptoni. I liquidi iodici o iodoformici agirebbero dunque, come si credeva, non come antisettici, ma più sugli umori che sui bacilli.

Le soluzioni saline ipertoniche invece agiscono per:

1° azione meccanica della corrente di siero dai tessuti vicini nella cavità dell'ascesso;

2° azione battericida delle sostanze albuminoidi trascinate con loro dai liquidi della essudazione;

3° azione distruttiva sui leucociti se vi è contatto diretto;

4° azione chemiotattica negativa se non vi è contatto diretto;

5° azione battericida data dalla soluzione ipertonica stessa che arresta completamente la pullulazione microbica.

È dunque evidente che le soluzioni saline ipertoniche esplicano la loro azione quasi esclusivamente, e in modo indiretto, modificando radicalmente l'ambiente, favorendo e, dirò così, indirizzando le naturali risorse di difesa dell'organismo.

Il processo di colmazione della cavità dell'ascesso, che si inizia già fino dal secondo o terzo svuotamento, avviene per cicatrizzazione prodotta dal tessuto di granulazione sviluppato dalle pareti della cavità.

***

Ho potuto curare con questo metodo circa trenta ascessi freddi a sede varia e qualche adenite suppurata. Con le solite modalità svuoto l'ascesso a mezzo di una siringa da aspirazione o con l'apparecchio del Potain, e lavo poi abbondantemente la cavità fino ad avere limpida la soluzione ipertonica di rifiuto: instillo poi nella cavità una certa quantità della soluzione stessa, proporzionata al volume dell'ascesso. Il tutto compio, naturalmente, con le più scrupolose norme della asepsi.

Talvolta la lavatura non è possibile per la densità del contenuto e la prima instillazione serve ottimamente per diluirlo e rendere così più facile la seconda aspirazione che compio dopo qualche giorno. Ripeto la manovra a distanza di 4-5 giorni, fino ad ottenere che l'ascesso sia riempito di siero limpido che allo esame microscopico dimostri al massimo uno o due leucociti per campo, ciò che si ottiene nei casi più favorevoli alla quarta o quinta lavatura. Intanto si nota che il cercine reattivo che limita l'ascesso va gradatamente restringendosi e la capacità dell'ascesso diviene gradatamente minore. Ridotta al minimo la capacità, a siero limpido il contenuto, senza più instillare soluzione ipertonica medico con fasciatura leggermente compressiva. Talvolta è occorso dopo qualche giorno svuotare ancora una piccola raccolta sierosa nuovamente formatasi, ma il più delle volte una sola fasciatura compressiva è stata sufficiente per ottenere che le pareti dell'ascesso collabissero e si ottenesse la guarigione. Questa è stata raggiunta in un tempo variabile di 20-40-60 giorni, secondo il volume dell'ascesso. Ho potuto notare tuttavia come per la guarigione degli ascessi anche poco voluminosi, ma ripieni di un contenuto molto denso, che il microscopio dimostrava come una massa informe di detriti, occorreva un tempo assai più lungo in confronto a quello occorrente per la guarigione di altri ascessi, sia pure più voluminosi, a contenuto molto fluido, che il microscopio svelava nella sua parte solida consistente in numerosi globuli bianchi disfatti o in via di disfacimento.

Nella Clinica del prof. Remedi questo metodo è attualmente il preferito, come quello che finora ha dato i risultati migliori.

BIBLIOGRAFIA.

1. DELREZ. *Contribution à l'étude des propriétés physio-pathologiques des exsudats, spécialement des exsudats des plaies.* Ambulance de «L'Océan» La Panne. Fascicule II, décembre 1917. Mason et C.ie, éditeurs, Paris.
2. L. DURANTE. *Nuovi indirizzi nella terapia di alcune lesioni tubercolari chirurgiche.* Policlinico, Sez. Pratica, fasc. 38, 1919.
3. FIESSINGER, COYON et LAURENCE. *Comment guérit un abcès froid.* Journal des praticiens, 2 oct. 1909.
4. WRIGHT. *Physical and Physiological action of hypertonic sal solutions.* The Lancet, 1915, n. 4809.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Clinica Pediatrica della R. Università di Roma.
Direttore incaricato prof. T. Luzzatti.

Su una rara complicanza della scarlattina.

Dott. Medi, assistente volontario.

Tra le complicazioni meno frequenti della scarlattina possiamo citare la presente osservazione:

Filippo Gratignani, di anni 2 e mezzo, da Bassano di Sutri, si presenta all'Ambulatorio della Clinica l'11 dicembre 1920. Nulla di interessante nell'anamnesi prossima e remota. Circa 20 giorni innanzi era stato colto da febbre elevata, dolore alle fauci, eruzione diffusa a tutto il corpo, iniziàtasi all'addome, che scomparve dopo quattro giorni; fu diagnosticata scarlattina. In ottava giornata ricomparve febbre elevata con dolore e gonfiore al testicolo sinistro, il giorno seguente anche il destro era tumefatto; la tumefazione di questo si ridusse rapidamente, mentre quella del sinistro diminuì in toto e rimase una tumefazione limitata alla parte più bassa dello scroto molle ed alquanto dolente. Alla nostra osservazione notiamo: bambino bene sviluppato, pelle in alcuni punti ancora desquamante, fauci lievemente arrossate; nulla a carico degli organi toracici, addome flaccido indolente, fegato e milza nei limiti. Urine normali.

Richiamando la nostra osservazione agli organi genitali notiamo il testicolo destro leggermente ingrossato e dolente, il sinistro quasi raddoppiato di volume, l'epididimo pure ingrossato e verso la coda di esso facente corpo col didimo una tumefazione della grandezza e forma di un'avellana a superficie liscia, consistenza elastica fluttuante, aderente alla cute sovrastante che è arrossata, dolentissima. Non esiste versamento nella vaginale, il deferente non è ingrossato nè dolente.

Con anestesia locale si pratica un'incisione in corrispondenza del punto ove la pelle è aderente alla tumefazione; ne esce una mezza cucchiaiata di pus denso, si deterge e si zaffa. Con poche medicature si ottiene la guarigione.

Le infiammazioni degli organi genitali sono abbastanza rare nella prima infanzia; le forme croniche sifilitiche e tubercolari sono relativamente più frequenti delle acute potendosi osservare fino dai primi giorni di vita, sia come localizzazioni concomitanti ad altre più comuni, sia anche come primitive ed uniche lesioni.

Hochsinger ha osservato un caso di tubercolosi del testicolo al quarto mese di vita senza altri segni di tubercolosi; Hovard e Giroldè due casi nel neonato. Le forme acute sono più frequenti nella seconda infanzia, specialmente quali complicazioni degli orecchioni, della gonorrea, del tifo e delle febbri esantematiche.

Di 132 casi di orchiepididimite gonococcica citati da Comby tre solamente appartengono alla prima infanzia, uno a tre settimane, uno a 15 mesi ed uno a due anni; Granne Mitchell ne ha osservato uno a quattro mesi e Reinhard uno nei primi giorni per gonorrea contratta nel passaggio attraverso gli organi genitali della madre infetta.

Nella scarlattina la complicazione genitale è stata notata tre volte; in un primo caso dell'Henock si ebbe epididimite e vaginalite al 19° giorno di malattia; pure la vaginalite e l'epididimite si osservarono nel caso descritto dall'Horteloup; l'Aucuña nel 1918 presentò al Congresso Pediatrico di Montevideo un ragazzo di 9 anni che in ottava giornata di una scarlattina lieve presentò orchite bilaterale con vaginalite. A differenza del mio in tutti e tre questi casi non si ebbe esito in suppurazione.

Le osservazioni specialmente di Raskin e Bebés hanno dimostrato che le complicazioni del processo scarlattinoso sono dovute ad associazioni streptococciche, e però rimane un po' strano il perchè alcune complicazioni delle meno frequenti come quella descritta si osservino in casi di scarlattina lieve e senza alcuna altra complicazione ed il perchè alcune epidemie di scarlattina decorrano con gravità eccezionale per le molteplici e gravissime complicazioni, ed altre in modo tutt'affatto benigno sebbene i germi che producono le lesioni secondarie siano sempre gli stessi e sempre presenti nell'organismo. A me sembra che, considerando le possibili lesioni del processo scarlattinoso sugli organi a secrezione interna, sulle quali ha richiamato l'attenzione Tixier e Troisier ed Hutinel specialmente in riguardo alla capsula surrenale, e tenendo presenti le ultime ricerche di Chauffard, Laroche e Grigaut sul contenuto in lipoidi di queste ghiandole e sulla funzione di questi in alcuni processi infettivi, possiamo formulare delle ipotesi a spiegazione di decorsi clinici così svariati. Innanzi tutto nel processo scarlattinoso (che si somiglia sotto questo punto di vista al processo influenzale) dobbiamo considerare due ordini di lesioni; una che avviene sempre sia nelle forme lievi che nelle gravi e cioè la lesione a carico delle fauci e per essa la porta ai germi che pullulano abitualmente in questa regione è aperta e la possibilità della loro diffusione è stabilita. A questo punto interviene il secondo ordine di lesioni e cioè delle surrenali ed a seconda che

saranno o no affette o le lesioni saranno più o meno rapide e diffuse avremo le forme lievi, le gravi e le gravissime fino alle fulminanti; nelle lievi solamente in qualche raro caso ed in numero limitato penetrano in circolo i germi delle infezioni secondarie potendo raggiungere e localizzarsi in qualche organo per ragioni peculiari di debolezza o lesione preesistente relativa all'organo stesso. Nel nostro caso che apparterrebbe a questo gruppo quale *locus minoris resistentiae* nel testicolo potremmo pensare a possibili necrosi dei canali seminiferi per emorragie nel periodo intrauterino od anche al momento del parto, come ha osservato il Simmond.

Nelle forme gravi abbiamo diffusione e localizzazioni varie dei germi più virulenti, ai quali però l'organismo oppone una certa resistenza; nelle gravissime e fulminanti per l'abolizione di ogni difesa si ha diffusione rapidissima setticemica di tutta la flora batterica faringea. Condizione essenziale adunque della gravità nel processo scarlattinoso è sempre ed in primo tempo la virulenza del germe scarlattinoso che varia nelle varie epidemie dando ad esse un carattere relativamente costante di maggiore o minore gravità. Altra osservazione ci è poi suggerita nei riguardi della scarlattina e della capsula surrenale raffrontando gli insegnamenti clinici con i reperti anatomici. La rarità della scarlattina nei primi mesi di vita è dovuta ad una specie di immunità trasmessa attraverso il sangue od il latte materno o non piuttosto allo speciale stato anatomico delle surrenali, stato anatomico che si differenzia da quello dei più grandi per un contenuto in lipoidi molto maggiore?

Ed egualmente la rarità della malattia nei vecchi (all'infuori naturalmente di quelli che hanno subita l'infezione da giovani) non potrà esser messa in rapporto col ritorno ad un tasso molto alto in lipoidi nella corteccia delle surrenali? Lipoidi che dobbiamo ammettere essere qui formati per puri bisogni della nutrizione e del metabolismo organico e che per la loro specialissima costituzione chimica possano o come tali o subendo lievi e pronte modificazioni agli stimoli dei batteri o delle loro tossine costituire gli elementi più essenziali nella difesa contro le infezioni. Le antiche esperienze di Fraitalix e Deleferme, le più recenti Fourneau e Ledeot sul potere antitossico in vitro dei lipoidi; le ricerche di Chauffard sulla colesterina nel sangue e nelle surrenali, quelle di Mulon e Porak sull'aumento dei lipoidi nelle surrenali, nel tifo, pongono tutto un problema di osservazioni sia sperimentali che cliniche della più grande importanza.

RIVENDICAZIONI.

Per una priorità a proposito dell'Alcool "acidificato con acido acetico,, in Chirurgia.

Prof. LUIGI DE GAETANO
della R. Università e degli Ospedali di Napoli.

Nel numero 2 del *Policlinico*, Sezione pratica (9 gennaio 1922), è apparso un lavoro del prof. O. Cignozzi dal titolo: «Il potere disinfettante delle soluzioni di alcool nella pratica chirurgica».

In tale articolo sono messi in evidenza il grande potere disinfettante dell'*alcool acidificato con acido acetico* ed i risultamenti ottenutine in Chirurgia.

L'articolo chiude con le seguenti parole: «Per queste considerazioni giudico che l'alcool etilico a 70 %, acidificato coll'acetico all'1 ed al 1/2 per cento, deve finoggi considerarsi come il migliore dei disinfettanti nella terapia chirurgica».

Con grande compiacimento ho letto tale conclusione; tengo, però, *a rivendicare la proprietà di tal metodo,* perocchè è da più di un ventennio che desso è stato da me proposto e largamente applicato nella R. Clinica Chirurgica e negli Ospedali di Napoli.

E valga il vero:

Nel 1902 sulla «Riforma Medica», n. 51, e sul «Giornale Internazionale delle Scienze Mediche» riferii i risultati di circa due anni di ricerche cliniche e batteriologiche con le quali mettevo in evidenza il grande potere disinfettante dell'alcool acidificato con acido acetico.

A pag. 5 della prima Memoria scrivevo: «Pensai di giovarmi della oramai indiscussa «potente azione antisettica dell'alcool ordina- «rio (70°) (è dimostrato che l'alcool ordinario «ha un potere antisettico superiore all'alcool «assoluto) e, per aumentare il potere anti- «settico, lo resi acido. Per acidificarlo pensai «bene aggiungervi l'acido acetico, per il gran- «de potere di diffusione e di penetrazione che «questo acido possiede. Chi è pratico di ri- «cerche di Laboratori sa come spesso per fare «penetrare in pezzi di tessuto i liquidi fissa- «tori si faccia uso di acido acetico (liquido di «Flemming, liquido di Zenker, ecc.). Sicchè «preparai *una soluzione fatta nella propor- «zione di gr.* 100 *di alcool ordinario* (70°) *e «gocce* 20 (*gr.* 1) *di acido acetico*».

Da quell'epoca nella R. Clinica Chirurgica di Napoli, prima diretta dal compianto Maestro prof. D'Antona ed ora dal sen. prof. Papale, si è usato sempre e si usa largamente l'alcool acidificato secondo la mia formula. A conferma si può leggere quanto è stampato nel « *Rendiconto scientifico-clinico del quinquennio* 1905-909 *della Clinica D'Antona* ». A pag. 4, capitolo Generalità, si legge: « lavaggio (della cute) con alcool ordinario acidulato (1 % di acido acetico, formola De Gaetano) ».

Da quell'epoca, del pari, diffuso è l'alcool acidificato con acido acetico, come disinfettante, negli Ospedali e nelle Cliniche private di Napoli e del Mezzogiorno, per averlo divulgato sia nello insegnamento clinico che nelle lezioni di Patologia Chirurgica; e queste ultime anche per stampa (*Appunti di Patologia Chirurgica, 2ª e 3ª edizione*).

COMMENTI.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO.

A proposito di dosaggi di anticorpi.

Dott. P. F. ZUCCOLA, primario

Nel fascicolo 2° del 9 gennaio il dott. Pietra onora una breve mia nota, sul dosaggio degli anticorpi nel siero dei sifilitici, di alcuni commenti, ai quali io devo qualche osservazione. Innanzi tutto parla di un preteso nuovo metodo: non è vero; la mia fu una semplice proposta di modificazione alla tecnica del Peyre, fatta senza vantare diritti di priorità su questo o quello.

In secondo luogo si lamenta che io non abbia citato i lavori scritti in precedenza sullo stesso argomento, particolarmente quelli di Micheli e Borelli, e di Borelli e Messineo: ma crede proprio il dott. Pietra che l'osservazione mia, una brevissima nota, su un particolare di tecnica, meritasse tutte quelle citazioni bibliografiche? Io in verità la credevo cosa molto più modesta.

Conoscevo bene i lavori che Egli cita, ed il non aver fatto di essi quell'illustrazione, che indubbiamente meritano e di cui Egli si dimostra giustamente così geloso, non è dipeso se non dalla considerazione di cui sopra, e dal fatto, ancora, che i metodi non mi sembrano perfettamente identici. Mi sarebbe sembrato dare alla mia nota maggior valore di quanto Egli dimostri di darle. E tutto ciò senza il pensiero di misconoscere i meriti di alcuno: sarebbe opera di troppa audacia.

Cuneo, 9 gennaio 1922.

RIVISTE SINTETICHE.

Lo stato attuale della cura abortiva della sifilide.

Dott. ITALO LEVI
Assistente all'Ospedale Civile di Trieste.

E da molti anni ormai che si discute il tema della cura così detta abortiva della sifilide, e benchè non si sia giunti ancora ad un accordo definitivo sul valore della stessa, essa è oggi quasi dappertutto comunemente in uso.

Mentre però fino a pochi anni or sono si tentavano le curé abortive anche in ammalati che avevano una Reazione di Wassermann già positiva, ora dalla maggioranza degli autori vengono esclusi assolutamente dal trattamento abortivo tutti quei casi che non presentino una Reazione Wassermann, certamente e costantemente negativa; molti autori chiedono addirittura che vengano curati abortivamente soltanto quei casi in cui la data dell'infezione risulti non anteriore alle 5 settimane, ed ho ragione di credere che pochi sieno ormai del parere di E. Hoffmann e Fritz Lesser, che cioè nel caso di inizio della cura abortiva nel periodo sierologicamente ancora negativo, basti una sola cura per dichiarare il malato sicuramente guarito.

Si osserva dunque che dopo molto ottimismo, se non generale, espresso almeno dalla maggioranza degli autori, noi ci avviamo verso un'epoca di maggior prudenza nell'attuazione della cura abortiva e mi sembra anche di maggior scetticismo nel giudicare i risultati della stessa.

E mentre giungono a noi i primi segni di dubbio nella guarigione sicura di ogni caso di sifilide allo stadio sieronegativo, curata con una sola cura e mentre ci si chiede se il controllo clinico e sierologico limitato finora ad alcuni anni sia sufficiente, tra i malati stessi invece s'è fatta strada la convinzione assoluta della guarigione sicura della sifilide anche se sottoposta ad un'unica cura cosiddetta abortiva: convinzione molte volte erronea e che ad ogni modo ha spessissimo per conseguenza una ancor maggior leggerezza e noncuranza in malati notoriamente non i più regolati nelle cure. Ed al mio invito parecchie volte ripetuto all'Ospedale e nel mio ambulatorio privato agli ammalati curati abortivamente di ripresentarsi tra mesi per un controllo sierologico del sangue e per ripetere (com'io ritengo necessario) la cura, mi sentivo esprimere da essi il dubbio sulla necessità di questa, specialmente poi se la R. W. eseguita alcuni mesi dopo la cura, riusciva

negativa: dubbio, secondo essi, tanto più giustificato in quanto che molto spesso la persuasione della guarigione era stata loro inculcata non già da qualche compagno profano, ma da un medico.

Ora io mi domando: abbiamo noi il diritto di permettere al malato, dopo un unico trattamento antiluetico, una guarigione sicura e definitiva della sifilide, riservandoci tutt'al più di assoggettarlo ad una cura che noi chiamiamo di sicurezza... appunto perchè... questa sicurezza nella guarigione noi non l'abbiamo? (almeno finora?!)

O non sarebbe forse più prudente e più coscienzioso promettere bensì in questi casi la guarigione, ma far comprendere allo stesso tempo al malato come questa sia dipendente dalla sua volontà di assoggettarsi a cure regolari per qualche anno? ciò almeno finchè non sia chiuso definitivamente, col suo trionfo o con la sua sconfitta, questo importantissimo capitolo tutt'ora discusso: influire insomma da bel principio sul malato per convincerlo della necessità di rimanere sotto controllo medico; chè la subitanea e troppo ottimistica promessa d'una facile guarigione, lo indurrebbe certamente (molto spesso almeno) alla noncuranza di sè, mandandolo incontro a conseguenze che noi oggi ancora non possiamo vagliare.

Nel Congresso tenuto dalla Società Dermatologica di Berlino nel 1919, Fritz Lesser ebbe ad esprimersi così favorevolmente sulla cura abortiva della sifilide, da ammettere che nel caso di una diagnosi fatta a tempo, quando cioè l'indurimento del sifiloma iniziale è ancora esiguo, non v'è ingrossamento notevole delle ghiandole e la R. W. riesce ancora negativa, la cura abortiva riesce nel 100 % dei casi!

Ma io domando: possiamo noi associarci senz'altro all'ottimismo di Fritz Lesser? premesso naturalmente che per la riuscita della cura abortiva s'intenda una guarigione sicura e definitiva della sifilide e non assenza di fenomeni e R. W. negativa per la durata dell'osservazione: che questi risultati noi li otteniamo (se curata energicamente) anche nella lue con una R. W. già positiva e per fino nella sifilide con manifestazioni secondarie.

Noi potremmo (come giustamente osserva Leven) e dovremmo avere piena, giustificata fiducia nella riuscita della cura abortiva della sifilide e quindi nella guarigione definitiva con una cura, se noi sapessimo di riuscire con essa ad impedire il passaggio del virus luetico nella circolazione e l'ancorarsi dello stesso ai tessuti: se fossimo dunque in grado di iniziare la cura ad un tempo in cui il virus luetico non è ancora certamente penetrato nel sangue: ciò che molti credevano (e forse taluni credono tutt'ora) di poter realmente ottenere.

Gioverà ricordare che le ricerche sperimentali della sifilide eseguite da Neisser sulle scimmie (lavoro pubblicato già nel 1911) accertarono che ancor molto prima dell'apparire di qualche mutamento nel punto dove venne inoculato il virus sifilitico, quando dunque di sclerosi iniziale non v'era ancora la benchè minima traccia, si potè dimostrare l'esistenza in tutto l'organismo di un virus specifico inoculabile. E questo virus specifico inoculabile ed ineculato con successo alle scimmie, Neisser lo avrebbe ottenuto relativamente spesso già all'11° giorno dell'inoculazione e dimostrato quindi che già così precocemente si possono trovare spirochete negli organi. Naturalmente questi esperimenti furono eseguiti sulle scimmie, ma, secondo Neisser, non c'è motivo di ritenere che quanto vale per le scimmie, non abbia a valere, e più ancora, per l'uomo che notoriamente offre alla spirocheta un terreno culturale ancor migliore; e a dimostrazione di questa sua asserzione, sta il fatto che a nessuno mai ancora è riuscito (almeno con certezza) d'arrestare il decorso della sifilide con l'estirpazione del sifiloma e delle ghiandole inguinali: ciò che pur altrimenti dovrebbe avvenire.

Oggigiorno poi altre esperienze ancora stanno a dimostrare che il virus sifilitico si propaga precocissimamente per tutto l'organismo e si riscontra già in organi importantissimi in un tempo in cui nessun sintomo clinico potrebbe ancora permettere la diagnosi di sifilide secondaria ed in cui la R. W. riuscierebbe (almeno con i metodi attuali) negativa: intendo parlare delle ricerche fatte da Alexander e di cui ci riferì già l'anno scorso il dottor Freud nel suo bellissimo lavoro sulla cura abortiva della sifilide. (Conferenza tenuta all'Associazione medica il 24 novembre 1919). Mi pare opportuno di ripetere quanto riferì a proposito l'egregio conferenziere: che cioè l'esame di 106 nervi acustici di sifilitici nel I e II stadio, non ancora trattati, dette il sorprendente risultato che soltanto 19 avevano un nervo ottavo intatto; e sopratutto l'imporante fatto che su 10 casi di sifilomi iniziali con esame sieroligico ancora negativo ben 5 presentavano lesioni specifiche dell'acustico, e ciò senza che alcun fenomeno soggettivo avesse parlato per un'affezione all'udito o del senso statico.

Questo fatto mi sembra (ed anche Leven si serve di questo argomento nella sua polemica contro l'ottimismo di alcuni autori) di capitale importanza per dimostrare quanto precocemente già il sistema nervoso centrale possa essere colpito da affezioni luetiche e quindi quanto sia imprudente il sottoporre dei malati ad una o due cure soltanto, per il solo fatto che in essi la R. W. era riuscita negativa all'inizio della cura ed era poi rimasta tale per alcuni anni. Chi infatti può escludere che non si debbano annoverare poi appunto tra questi malati, curati per breve tempo e lasciati poi con la quasi certezza di una guarigione, in balìa di sè stessi, e in cui il virus sifilitico si può, come abbiamo visto, localizzare da bel principio nel sistema nervoso, i futuri paralitici e tabetici?

È ben vero che Alexander afferma nel suo lavoro sulle affezioni del nervo acustico, che queste siano, con tutta probabilità, dà escludersi nei casi in cui l'infezione luetica non dati da più di 5-6 settimane, ma si tratta (e lo dice lui stesso) d'una probabilità e non d'una cosa sicura e dimostrata. Mi sembra opportuno a questo punto di riferire in poche parole quanto a proposito scrisse il dott. Leven di Elberfeld nel suo interessantisimo lavoro sulla cura abortiva (*Der. Wosch.*, 1920, n. 24): egli si mostra incredulo a queste affermazioni di Alexander e giustamente osserva che anche se si dovesse confermare quanto Alexander scrive, pure tuttavia bisognerebbe ridurre allora le cure abortive a quei casi in cui la data dell'infezione potrebbe venir stabilita e si dimostrasse non anteriore alle 5-6 settimane così che allora non basterebbe più una R. W. negativa, ma occorrerebbe altresì stabilire con precisione la data dell'infezione! Arduo problema: anzi molte volte impossibile.

Ad ogni modo questi lavori sono degni della massima considerazione e sufficienti a dimostrare l'impossibilità di una cura abortiva, premesso che per essa s'intenda una cura capace di eliminare la sifilide nello stadio primario, appunto perchè, come abbiamo visto, al tempo in cui oggi noi iniziamo la cura, il virus luetico è già quasi sempre penetrato in tutto l'organismo, indipendentemente dalla riuscita della R. W., il cui valore per quanto riguarda la cura abortiva, è finora almeno, molto discutibile.

Difatti una delle premesse per la riuscita della cura abortiva è la negatività della reazione all'inizio della cura: Succede ora talvolta che secondo il metodo che viene usato, si ottengono differenti sensibilità della reazione: vale a dire che mentre con un metodo noi otteniamo una R.W. ancora negativa, con un altro noi possiamo ottenere una R. W. già positiva. È noto altresì che non tutti gli istituti sierologici usano (finora almeno) lo stesso metodo; per cui è evidente la possibilità che in uno stesso caso, due istituti, anche ottimi, ottengano dei risultati tra loro opposti; così che il medico curante si vedrebbe indotto, a seconda dell'istituto cui si è rivolto ad effettuare, rispettivamente ad escludere la cura abortiva « E. Hecht potè con la sua modificazione della R. W., ottenere nella sclerosi iniziale un risultato positivo nel 50 % di più nei casi che non, per esempio, col metodo originale. Ed a proposito dell'importanza molte volte esagerata che si dà alla R. W. voglio riferire ancora la giusta riflessione che ne fa Aebly: (*Arch. für Psych. und Nervenkrk.* Bd. 61 K 3): « Fintanto che non si conosce la R. W. nella sua essenza (nel suo meccanismo) noi siamo ad ogni modo autorizzati ad accogliere con scetticismo l'affermazione dei Sifilografi che la terapia attuale sia ormai veramente in grado di guarire la sifilide; ciò vuol dire sia sopratutto in grado di evitare le localizzazioni tardive della stessa nel sistema nervoso centrale. Poichè per quanto io ci abbia pensato, non mi fu mai chiaro perchè, per esempio, si possa già dopo due o tre anni escludere con sicurezza che non si abbia tuttavia, dopo 20-30 anni a manifestare un'affezione metaluetica ».

In generale poi noi vediamo che oggigiorno, meno pochissime eccezioni, tutti, anche i fautori della cura abortiva, sono diventati molto prudenti nell'attuare la cura e fanno dipendere la riuscita della stessa dalla scrupolosa osservazione delle nuove condizioni da loro poste; condizioni giustissime come vedremo, ma tali da complicare abbastanza l'esecuzione della cura e renderla quindi praticamente difficile.

Gennerch aveva già nel 1911 posto come una delle premesse per la riuscita della cura abortiva, che la R. W. rimanga *costantemente negativa*: vale a dire che non presenti in nessuna epoca mai, nemmeno durante l'azione provocatoria delle prime iniezioni di Neosalvarsan, una reazione, sia pure fuggevolmente debolmente positiva (una così detta Positive Schwankung dei Tedeschi).

Egli aveva allora potuto dimostrare che su 60 casi di sifilomi iniziali curati mentre la sierodiagnosi era ancora negativa, ben 27 ave-

vano dato durante la cura, almeno per qualche tempo una R. W. positiva.

Ed io stesso posso riferire su un caso in cui la R. W. negativa all'inizio della cura, ad un secondo esame fatto otto giorni più tardi (dopo praticata una iniezione di Neos 0.3) si dimostrò positiva. Son tutti casi questi in cui logicamente la cura abortiva deve venir subito abbandonata: su ciò richiama la nostra attenzione Zimmern nelle sue ultime pubblicazioni (*Derm. Woch.*, 1920, n. 45).

È evidente quindi la necessità di non accontentarsi della negatività della sieroreazione all'inizio della cura per ammettere la possibilità di un trattamento abortivo, ma di eseguire (per escludere una qualche oscillazione della reazione) dei controlli almeno settimanalmente, tra la V e la VIII settimana, poichè è appunto in quest'epoca che avviene il passaggio della reazione dallo stadio negativo al positivo; ed è evidente che se si esclude generalmente dal trattamento abortivo chi presenta una Reazione di Wassermann positiva all'inizio della cura, deve tanto più escludersi da tal trattamento chi presenta una tale reazione durante la cura, quasi a dimostrazione..... (direi quasi precoce) che la cura non è bastata ad impedire il passaggio della reazione dallo stadio negativo al positivo.

D'altro canto a cura compiuta, prima di pronunciarsi in merito ad una guarigione definitiva della sifilide, un'altro esame ancora (benchè quasi mai eseguito) si renderebbe necessario; un esame sul cui valore in tali cure, insistentemente accenna il dott. Leven nelle sue pubblicazioni: quello del liquido cefalo-rachidiano. E notoriamente esiste la possibilità, indipendentemene dalla riuscita della sierodiagnosi del sangue, di riscontrare delle alterazioni qualitative e quantitative di questo: si pensi alle affezioni luetiche del sistema nervoso centrale in cui è dimostrato che mentre la sierodiagnosi del liquido cefalo-rachidiano riesce positiva quasi senza eccezione, quella del sangue può riescire negativa in un grande numero di casi.

Ora, se ciò nondimeno pochissimi sono i medici che sottopongono i loro malati a tali controlli, ciò lo si deve certamente alla difficoltà di convincere i malati della necessità di tali interventi.

Per cui, dato che d'altro canto nessuno dovrebbe assumersi così alla leggera la responsabilità delle conseguenze d'una cura abortiva eseguita senza i dovuti controlli, vale dire di una sifilide mal curata, bisognerebbe, mi sembra, o far opera di persuasione sui malati o astenersi dal trattamento abortivo.

Un altro argomento importantissimo opposto ai troppo ottimisti è quello delle recidive, notoriamente tutt'altro che rare.

Così vediamo, occupandoci soltanto della letteratura degli ultimissimi anni, che Delbanco riferisce nella seduta dell'Associazione medica di Amburgo nel luglio 1920 su casi di cura abortiva fallita, in cui apparvero delle gravi manifestazioni secondarie e ciò rimanendo negativa la R. W. Uno di questi malati ebbe una grave meningo recidiva senza alcuna manifestazione cutanea, e ciò dopo aver già presentato alla fine della cura abortiva una recidiva in forma di un esantema papuloso: si noti: tutte due queste recidive con R. W. assolutamente negativa.

Fischel riferisce nella *Wiener Med. Wochschr*, 1920, n. 30-31 di recidive sviluppatesi durante o poco dopo la solita cura combinata di Neosalvarsan e mercurio e fa notare che in tutti questi casi da lui descritti, la R. W. rimase negativa. Così pure Levan riferisce su due casi di cura abortiva non riuscita (*Derm. Wech.*, 1920, n. 24).

Il dott. Richard Wagner, assistente alla Clinica Kreibich di Praga (*Dermat. Woch*, 1921, n. 21), ebbe a riscontrare su 50 casi curati allo stato sieronegativo, dei quali 26 poterono venir osservati per 15 mesi, ben 5 recidive.

Hecht nel suo lavoro intitolato *Zehn Jahre Abortivbehandlung der Syphilis* pubblicato nella *Dermat. Wochschrift*, 1921 n. 5, riferisce pure di aver osservato delle recidive, ma soltanto nei primi anni; più tardi, sottoposti i malati a cure più energiche, non ebbe più ad osservare recidive.

Ed io stesso, su tre casi curati, abortivamente nel 1920, ebbi a riscontrare un insuccesso: L'ammalato B. M. si presentò all'ambulatorio dell'Ospedale con una lesione al prepuzio. Al paraboloide si riscontrarono numerose spirichete. La data dell'infezione doveva risalire a circa 3-4 settimane. R. W. negativa. Viene iniziata subito la cura antiluetica e gli vengono praticate 8 iniezioni di Neosalvarsan (nelle seguenti dosi: 0.3, 0.45, e poi ripetutamente 0.6) e soltanto 4 di calomelano, non essendosi l'ammalato, come spesso avviene, più fatto vedere per alcuni mesi. Ripresentatosi il 5 novembre 1920, la R. W. risultò fortemente positiva (÷ + +) (non si nota alcuna manifestazione cutanea).

Avrei desiderato di continuare ad osservare questo caso, ma l'ammalato fino ad oggi non si fece più vedere. Devo però far osservare che in questo caso non venne ripetuta l'analisi del sangue dopo iniziata la cura,

così che noi ignoriamo se la R. W. abbia presentato qualche oscillazione durante la cura.

Mi si potrà inoltre obbiettare che la cura cui fu sottoposto l'ammalato è stata insufficiente non essendogli state praticate che 4 iniezioni di calomelano; alla quale osservazione io potrei ribattere che ci sono oggi ancora molti sostenitori della cura abortiva, che ritengono sufficiente anche un trattamento fatto col solo Neosalvarsan; e Fritz Lesser vuol pure ottenere la guarigione nel 100 % dei casi trattati abortivamente col solo Neosalvarsan.

A questo punto mi sembra non privo d'interesse aprire una parentesi e riferire in poche parole quanto egli ebbe a dire nella seduta della Berliner medizin. Gesellschaft, tenutasi il 1° novembre 1920, poichè se le sue affermazioni dovessero trovar conferma noi ci troveremmo nuovamente prossimi ad una rivoluzione nel campo della terapia antiluetica.

Trattando dunque dei nuovi problemi nella cura della sifilide, egli dice che il Salvarsan è da per sè un mezzo per guarire la sifilide, sufficiente anche nel trattamento abortivo: all'opposto il mercurio non allontanerebbe che i sintomi. Così si spiegherebbe che nei 400 anni, durante i quali si curarono i luetici soltanto col mercurio, non si riscontrarono reinfezioni sifilitiche, mentre che ora, dopo le cure col Salvarsan, esse sono del tutto comuni. Anche in altro, secondo Lesser, si riscontrerebbero differenze tra la cura mercuriale e quella col Salvarsan: così, per esempio, il mercurio sarebbe in grado di rendere la R. W. più celermente negativa, poichè appunto le « Reagine » cioè i corpi di reazione (dai quali dipende la R. W.) derivano dalle alterazioni dei tessuti sifilitici, sui quali il Salvarsan agisce in modo provocatorio, vale a dire rafforzando la R. W. Ma così come il Salvarsan volge più difficilmente la R. W. dal positivo al negativo, così al contrario la R. W. ottenuta in tal modo negativa ridiverrebbe molto più difficilmente positiva.

Perciò nella cura combinata, il mercurio trarrebbe in inganno, poichè col rendere più rapidamente negativa la R. W. indurrebbe ad interrompere la cura prima del tempo, mentre che con la cura di Salvarsan soltanto, si riuscirebbe così dal perseverare della R. W. a conoscere anche i casi più tenaci ed i non guaribili affatto.

I prossimi anni ci dimostreranno sperabilmente quanto di vero ci sia in queste sue affermazioni.

Non voglio infine dimenticare di menzionare il fatto che negli ultimi anni il numero delle reinfezioni sifilitiche, sarebbe di molto aumentato: pur tenendo conto delle molte fonti di errori cui facilmente si può incorrere nello studio delle reinfezioni, è indubbio che da esse si può dedurre che oggigiorno la sifilide precocemente curata, guarisce in molti casi: ma da questo alla facile e finora ingiustificata asserzione della guarigione nel 100 % dei casi, mi sembra ci corra un po' troppo. Per dimostrare quali enormi differenze ci sieno tra i risultati dei singoli autori, citerò Loewnstein che al contrario di Lesser, riferisce nell'ultima sua pubblicazione di aver potuto osservare guarigioni durature soltanto nel 50 % dei casi.

Riassumendo dunque, mi sembra che dalla lettura delle pubblicazioni fatte negli ultimi anni dai vari autori, risulti chiaramente come il problema della cura abortiva, non che risolto, sia divenuto, per la diversità di opinione dei singoli autori tanto riguardo alle indicazioni, quanto riguardo al metodo ed all'intensità della cura, più complesso che mai: per cui ritengo che soltanto fissando un unico sistema di cura, vale a dire precisando, in base alle attuali esperienze, le indicazioni, il metodo e l'intensità della stessa, noi avremo fatto un importante passo verso la soluzione di uno dei più importanti e più discussi problemi della medicina moderna.

BIBLIOGRAFIA.

BENARIO. *Die Reinfectienen bei Syphilis*, 1914.
NEISSER. *Beitrage zur Phatologie und Therapie der Syphlis*, Berlin 1911.
HERMANN u. SIMMBONN. Dermat. Zschrft., 1920, n. 6.
SCHOLZ. *Deutsch.* Mad. Wochschr., 1914, p. 845, e 1920, p. 879.
GENNERICH u. ZIMMERN. Dermat, Zschr., 1916.
GENNERICH. Muenchn. Med. Wechschr., 1914, n. 10, e 1916, n. 35-36.
LESSER, Derm. Zschr., Bd. 28, H. 4.
WECHSELMANN. M. m. W., 1914, S. 535.
HECHT. Arch. f. Derm., 1914, Bd. 126, H. 1.
HECHT. VII Intern. Kongr. für Derm. u. Syphil. Rem., april 1912.
HECHT. D. M. W., 1912, n. 15.
HECHT. D. M. W., 1911, n. 44.
HECHT. Arch. f. Derm., 1914, Bd. 119, I, Teil.
HECHT. Zehn Jahre Abertivbehandlung der Syphil. Derm. Woch., 1921, n. 5.
LEVEN u. MEIROWSKY. Zur Frage der Abertiheilung der Syphilis. Derm. Woch., 1921, n. 4.
DELBANCO. Zu Zimmrn Bemerkungen u. zur Abertivbehandlung der Syph. Derm Woch., 1920, n. 45.
DELBANCO. Zum Silbersalvarsan u. zur Bielegie der Menschen u. Kaninchensyphilis. D. m. W., 1919, n. 6.
AEBLY. *Kritisch statistiche Untersuchungen zur Lues u. Metaluesfrage nebst Bemerkungen*

über die Anwendung der statistischen Methede in der Medicin. Arch. f. Paych. u. Nerv., Bd. 61, H. 3.
MEIROWSKY u. LEVEN. *Misslungene Abertivbehandl. der sogenannten serenegativen Lues.* Münchn. m. Woch., 1920, n. 36.
LEVEN. Derm. Woch., 1920, n. 24.
ZIMMERN. Derm. Woch., 1920, n. 45.
ALEXANDER. Derm. Woch., 1919, n. 34, die Erkrank, des Nerv., VIII im Frünstad. der Lues.
ALTMANN u. DREYFUSS. Münch. m. Woch., 1913.
GENNERICH. Syphilis des Zentrelnervensystem (I. Springer), 1921.
RICHTER. Ueber die Abortiv. u. Allgemeinbehandl. der Lues. Derm. Woch., 1921, n. 21.
LOEWENSTEIN. Derm. Zschr., marzo 1920.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

La diagnosi dei cancri primitivi del polmone.

Raramente si presenta in modo completo l'insieme dei sintomi che possono autorizzare il clinico a formulare la diagnosi di neoplasma in un processo polmonare cronico: spesso la malattia evolve fino alla morte con un ristretto numero di sintomi, spesso questi mancano ed il tumore è un reperto d'autopsia. D'altra parte esagerano quegli autori che credono impossibile la diagnosi.

Cottin, Cramer, Saloz, in un interessante lavoro (*Annales de médecine*, n. 6, 1920) descrivono i casi di cancro del polmone curati negli ultimi 20 anni nell'Ospedale Cantonale di Ginevra analizzandone le singole osservazioni.

Dei 29 casi citati, 6 solamente furono riconosciuti in vita; distinguono perciò:

I. Un gruppo di «cancri diagnosticati clinicamente».

II. Un gruppo di «cancri non diagnosticati clinicamente» e in questi due categorie:

1° cancri del polmone svelantesi come affezioni toraciche;

2° cancri latenti del polmone con generalizzazione.

Senza riportare per esteso i singoli protocolli, vediamo appartenere al gruppo dei cancri del polmone diagnosticati clinicamente i seguenti reperti anatomopatologici:

1° Cancro pavimentoso del polmone destro. Frattura spontanea dello sterno e della 3ª costa sinistra (metastasi), pleurite sierosa bilaterale.

2° Cancro del polmone sinistro.

3° Cancro del polmone destro con punto di partenza dai bronchi.

4° Cancro del bronco sinistro. Metastasi epatiche e renali. Dilatazioni bronchiali.

5° Cancro pavimentoso del bronco primitivo del polmone sin.

6° Cancro bronchiogeno del lobo superiore sin. con pleurite e pericardite emorragica. Bronchite purulenta.

Questi sei malati hanno presentato l'insieme dei sintomi che permette di giungere alla diagnosi di cancro del polmone senza difficoltà, cioè: inizio insidioso, induramento polmonare, dispnea, tosse, espettorazione ematica continua, adenopatia, dolore toracico.

Da notare sono i seguenti particolari, che attirando per primi l'attenzione, furono riferiti alla loro vera causa solo perchè il malato tossiva e espettorava sangue: metastasi nello sterno con frattura spontanea (osservaz. I); paralisi della corda vocale sinistra e dilatazioni venose con edema del braccio sinistro (osservaz. V); grosse metastasi nel fegato (osservazione IV).

Il secondo gruppo comprende i cancri del polmone non diagnosticati clinicamente.

Nel primo caso la diagnosi fatta era di «tumore del mediastino», quella anatomica: cancro del polmone sin. dipartentesi dal grosso bronco.

Nel secondo caso: diagnosi clinica «tumore del mediastino»; anatomica «cancro del bronco primitivo del polmone sinistro, con metastasi nel polmone destro.

Nel primo caso parlava contro il punto di partenza dal mediastino, il fatto che l'affezione datava da due anni: l'errore dipese dal fatto che la radiografia aveva mostrato un allargamento della parte superiore del mediastino con grave deviazione della trachea.

Al secondo malato non si poteva far altra diagnosi data la presenza di accessi di soffocazione, l'assenza di segni stetoscopici all'infuori di un soffio da compressione lungo la colonna vertebrale, e data l'assenza di tosse ed espettorato.

Un altro gruppo di tumori del polmone erano stati diagnosticati rispettivamente:

il primo: pleuropolmonite di evoluzione anormale, pericardite secondaria;

il secondo: pleuropolmonite;

il terzo: broncopolmonite;

il quarto: congestione polmonare.

Nei primi due la diagnosi fu basata sui segni di congestione dei due terzi inferiori del polmone con reazione pleurica di vicinanza; nel primo l'inizio fu, sì, insidioso ma aveva un passato di bacillare; nel secondo l'inizio fu brusco, come una polmonite. Ambedue mai ebbero espettorato ematico, ma mucopurulento.

Nel terzo caso, l'inizio brusco, l'evoluzione di sette settimane, la temperatura alta, irrego-

lare, i fatti polmonari congestivi bilaterali rendevano ragione della broncopolmonite: tuttavia l'espettorato costantemente ematico avrebbe dovuto mettere in allarme.

Il quarto malato giunse in stato agonico in Ospedale. In altri due malati la diagnosi fatta era di:

1° bronchite putrida, gangrena polmonare;

2° gangrena polmonare.

Il primo era un veterano dell'ospedale, un vecchio catarroso, considerato come affetto da dilatazioni bronchiali consecutive alla sua bronchite cronica. Venuto in Ospedale con febbre ed espettorato fetido si sospettò un'infezione delle bronchiettasie con gangrena polmonare. La diagnosi restò scossa dalla morte avvenuta durante un'emottisi, rara in simili casi.

Il secondo malato viene ricoverato in stato settico e con alte temperature: nel polmone d. ha un grosso focolaio soffiante e numerosi rantoli umidi quasi gorgoglianti. Espettorato abbondante, fetido. Non si esita a diagnosticare una gangrena polmonare, malgrado l'esistenza di intenso dolore toracico, costante, ribelle, e la presenza nel cavo ascellare d. di un ganglio grande quanto un uovo di piccione.

Un gruppo di cinque malati erano stati ritenuti affetti da:

1° Tubercolosi ulcero-fibrosa cachettizzante. Compressione bronchiale causata da gangli del mediastino;

2° Tubercolosi ulcero-fibrosa cachettizzante: antica pleurite: dilatazione bronchiale;

3° Tubercolosi fibrosa dell'apice destro con pleurite cronica;

4° Tubercolosi polmonare cavitaria localizzata: emottisi fulminante;

5° Tubercolosi polmonare cavitaria: pneumotorace localizzato.

Insomma di questi cinque malati alcuni presentavano un indurimento degli apici, altri dei segni cavitari. Tutti erano antichi tossicolosi, molto deperiti; tutti avevano avuto espettorato ematico, uno anzi era un emottoico ed in tale stato morì. Quattro non presentavano bacilli di Koch nell'espettorato e ciò malgrado si diagnosticò una tubercolosi: il quinto aveva bacilli e l'autopsia dimostrò l'associazione della tubercolosi e del cancro.

Il ventesimo malato aveva netti segni di ispessimento dell'apice destro, tosse, espettorato senza bacilli di Koch, senza cellule neoplastiche, con temperature a grandi oscillazioni. La radioscopia e la radiografia rivelando una ombra perfettamente rotonda del volume di un piccolo mandarino, con margini netti, fece diagnosticare: cisti idatidea suppurata dell'apice destro.

Nel ventunesimo caso (cancro del polmone sinistro in via di rammollimento) era stata emessa la diagnosi di: pleurite interlobare suppurata postpneumonica; pleurite sierosa della grande pleura.

Gli AA. in un altro gruppo mettono i cancri latenti del polmone con manifestazioni extratoraciche per generalizzazione:

1° Cancro del fegato; qui si trattava di un individuo tossicoloso da 20 anni, enfisematoso e bronchitico: l'attenzione fu rivolta unicamente ad un grosso fegato, duro, doloroso alla pressione;

2° Emiplegia sinistra da emorragia;

3° Emiplegia destra da trombosi;

4° Tumore cerebrale; emorragia nel tumore;

5° Tubercolo cerebrale con reazione meningea.

Questi quattro malati hanno presentato una sintomatologia sopratutto nervosa: nei due primi non si pensò neppure lontanamente al tumore, nel terzo scosse epilettiformi del lato paralizzato e l'improvvisa morte, fecero ammettere un tumore cerebrale. Un indurimento polmonare, interpretato come apice fibroso, fecero pensare ad un tubercolo cerebrale nel quarto caso:

1° Nevrite, sciatica luetica: questo malato presentava i sintomi di una sciatica sinistra ribelle: dei fenomeni bruschi cerebrali fecero dubitare della diagnosi. ma la morte sopravvenuta rapidamente non lasciò il tempo di emettere altre ipotesi;

2° Tabe, broncopolmonite terminale: in questo tutto vi era per far pensare ad una tabe: sifilide 31 anni prima, ineguaglianza pupillare, Argyll Robertson, atassia con abolizione dei riflessi, iperalbuminorachia, Una broncopolmonite alla quale soccombette diede i soli segni polmonari constatati nel vivente. Si trattava purtuttavia, di un cancro primitivo del bronco e le manifestazioni nervose trovarono la loro spiegazione in numerose metastasi cerebrali e midollari;

3° Paraplegia ascendente acuta; paralisi dei ricorrenti; pleurite sierosa. In tale caso i fenomeni polmonari passarono in seconda linea. La diagnosi anatomica fu: cancro del lobo inferiore del polmone sinistro con metastasi ganglionari tracheo-bronchiali. Il ricorrente destro passa attraverso le masse neoplasiche, il sinistro resta fuori, ma è compresso da un nucleo della tiroide: metastasi vertebrali.

Troppo facilmente — concludono dopo tale esposizione gli AA. — si dimentica il tumore

nelle affezioni polmonari. È certo che se alcuni sintomi debbono esser considerati come necessari, altri sufficienti, ve ne sono vari che sono accessori, addirittura, superflui.

L'inizio è in genere insidioso, talora mascherato da un'affezione polmonare banale. Un inizio in apparenza brusco non deve tuttavia far eliminare l'ipotesi di un tumore maligno (osservazioni 10-11-21).

Il dolore toracico, che Walshe attribuisce alla pleura, ma che le compressioni nervose delle masse cancerose permettono di spiegare anche bene, sarebbe per Barié un fenomeno costante. Se mostra una grande acutezza non si può sbagliare: il più spesso è sordo profondo continuo. Talora manca (osserv. 5-6).

Nei casi suesposti il sintoma più frequente è *la dispnea*. Poco marcata all'inizio essa è sempre aumentata con il progredire della malattia, giungendo fino all'ortopnea. Può esser leggera, esagerarsi con gli sforzi, o continua o con accessi di soffocazione (osserv. 7-8). Talora si accompagna a *cornage*.

La tosse è stata sempre precoce, eccettuato nell'8° malato. Mai nei casi degli AA. ha assunto la forma accessuale, pertussoide, da alcuni autori ritenuta specifica.

L'espettorazione in un terzo dei 29 casi è mancata, talora mucopurulenta, o purulenta, o fetida. L'espettorato ematico, sebbene non specifico, contribuisce alla diagnosi.

In soli due casi (2°-3°) è stato notato l'espettorato gelatina di lampone, ritenuto caratteristico dai classici.

Riguardo al reperto di frammenti neoplasici nell'espettorato, ben riconoscendone l'utilità della ricerca ed il grande valore se positiva, raramente agli AA. ha portato un elemento di diagnosi, nè l'insuccesso si spiega, come Ménétrier ammette, perchè ci si trova di fronte a tumori non ulcerati, in quanto nelle osservazioni 14-21 si trattava perfino di cancri in via di rammollimento.

Nulla può dirsi nei riguardi dei *corpuscoli grassosi*, secondo il Lenhartz presenti nel 90 % dei casi, perchè non sono stati dagli AA. cercati.

Dallo studio dei casi precedenti non risulta il valore semeiologico dei *versamenti emorragici*: sta di fatto che 9 volte fu constatato del liquido nella pleura, ma una sola volta era emorragico.

Il carattere emorragico non è certo patognomonico. Dieulafoy lo segnalò tale nelle pleuriti reumatiche, negli infarti, nelle tubercolosi acute e cronica. Quel che non si può negare è il valore dell'*emolisi* dei versamenti emorragici d'origine cancerosa, facile a mettersi in evidenza con la reazione alla tintura di guaiaco sul liquido centrifugato e decantato.

Per quanto riguarda la *citologia pleurica* occorre ricordare le difficoltà che s'incontrano nel distinguere una cellula neoplastica da una cellula connettivale endoteliale.

Nulla di specifico ha l'*iperleucocitosi* del cancro. Raro è il *pneumotorace*: gli AA. lo hanno constatato due volte (osserv. 19-21).

La febbre può esistere nei cancri del polmone: 19 su 29 erano malati febbricitanti. Ménétrier attribuisce l'elevazione termica alle frequenti infezioni secondarie (suppurazioni, broncopolmonite, tubercolosi).

L'adenopatia per gli autori antichi occupa un posto importante nella sintomatologia dei tumori del polmone: nelle osservazioni in discorso l'adenopatia è mancata nei due terzi dei casi.

Spesso sono chiari i sintomi di compressione intratoracica per parte delle masse ganglionari o dei tumori stessi: reticolo venoso toracico (osserv. 5-7); edema del viso e della parte superiore del tronco (osserv. 17); soffio intenso con *tirage cornage*, dispnea fino ad accessi di soffocazione (osserv. 1-5-7-8-15); paralisi unilaterale (osserv. 5-7-13) o bilaterale (osserv. 29) del ricorrente.

Incostante si è mostrata la *cachessia* ed in tal caso questa mai ha assunto la tinta giallo-paglierina classica.

L'associazione tubercolosi-cancro non si può mettere in dubbio.

Per la *localizzazione* le statistiche vanno d'accordo nel constatare la frequenza più a d. che a s. del cancro: per gli apici non si nota una predilezione. *Il punto di partenza* dieci volte è stato il parenchima polmonare, un po' meno sovente i bronchi.

Il decorso ha variato da rapidissimo (pochi mesi: osserv. 6-11-17) a lento (un anno, diciotto, ventiquattro mesi: osserv. 7-18).

MONTELEONE.

MEDICINA.

Sul morbo del Gaucher.

C. RUSCA. *Haematologica*, vol. II, 1921).

Affezione rara, il morbo del Gaucher ascritto prima alle splenomegalie primitive, è oggi incluso nelle affezioni sistematiche dell'apparato emo-linfopoietico, e pel suo studio apporta un contributo il lavoro postumo dell'A.

I casi di tale sindrome descritta nel 1882 ascendono a ventuno.

In genere la malattia inizia nell'età infantile; secondo alcuni sarebbe congenita; decor-

so cronico, talora con remissioni; durata da pochi anni a qualche decennio.

È caratteristica la famigliarità della forma morbosa, talora per differenti generazioni, e con predilezione per il sesso femminile.

Nel quadro clinico il sintoma più appariscente è il tumore di milza, conservante la sua forma ed incisure, duro, spesso enorme; vi è poi modica epatomegalia ed una particolare tinta bruno terrea della cute diffusa o a chiazze, nelle parti esposte alla luce. Completano il quadro facili e quasi costanti emorragie (nasali, gengivali, raramente gastriche, intestinali, interne), talora ittero lieve, modico ingorgo ghiandolare.

Nel sangue si rilevano i segni di una anemia secondaria, aplastica, a tipo generalmente clorotico, la quale si associa per lo più a discreta leucopenia. Spesso fu osservata tendenza ad una inversione della formula con prevalenza degli elementi linfoidi e delle forme grandi sulle piccole.

Soggettivamente oltre ai fenomeni anemici, furono descritte crisi periodiche splenalgiche che sembra debbano mettersi in relazione con la perisplenite.

La diagnosi differenziale va posta con l'ittero emolitico splenomegalico, con la cirrosi di Hanot (quando coesista ittero), col morbo di Banti, con l'anemia splenica, con la pseudoleucemia di V. Jacksh. Le sindromi leucemiche e l'iperglobulia splenomegalica di Vaquez non entrano in discussione per l'assenza del tipico reperto ematologico; facilmente il volume del tumore splenico, i suoi peculiari caratteri, l'assenza di prove batteriologiche o sierologiche faranno scartare le splenomegalie secondarie a tubercolosi, sifilide, malaria, leishmania.

Anatomopatologicamente, la milza del m. di Gaucher si presenta aumentata di volume, ma di forma conservata: ha colorito rosso bruno, con capsula ispessita, consistenza ora molle, ora superiore alla norma. Al taglio la polpa è grigio-rossastra, con qualche emorragia, talora con infarti e cosparsa di punticini e strie biancastre che protrudono leggermente sulla superficie di taglio; i follicoli non sono evidenti; modico ispessimento delle trabecole connettivali.

Il fegato appare aumentato di volume e di consistenza e stride lievemente al taglio.

Il midollo osseo ha per lo più il colore della lavatura di carne.

Spesso intensa emosiderosi degli organi ematopoietici, della pelle, dei muscoli.

Caratteristico è il reperto istologico il quale ci dimostra nella milza, nelle linfoglandule, nel midollo osseo, nel fegato, la presenza di particolari elementi cellulari, voluminosi, di forma rotondeggiante o poliedrica o varia, con o senza prolungamenti ad aspetto epitelioide o endotelioide, ricchi di protoplasma omogeneo, talora contenente globuli rossi fagocitati o residui di essi, con uno o più nuclei.

Le cellule gaucheriane, frammiste agli elementi propri disponendosi in nidi più o meno regolari, delimitati da un reticolo connettivale di sostegno, vanno a poco a poco sostituendo il parenchima funzionante della milza e delle linfoglandole e costituiscono con i loro accumuli i punticini e le strie visibili macroscopicamente: lo stesso avviene nel midollo osseo, onde una progressiva riduzione della funzione di tutto l'apparato emo-linfopoietico e le note cliniche che la caratterizzano.

Oscuro e controverso è il significato delle *cellule gaucheriane*. P

Il Gaucher dapprima parlava di *epitelioma primitivo* distinto, della milza, in seguito descrive il processo morboso come una *ipertrofia primitiva della milza senza leucemia.*

Picon e Ramond ammettevano l'origine della cellula gaucheriana da germi epiteliali aberranti del pancreas e parlavano di un epitelioma dapprima benigno e poi maligno, quando invadeva le linfoglandole viciniori.

Oggidì rigettata per più ragioni l'ipotesi della natura neoplastica, epiteliale o endoteliale, dell'affezione, due teorie vengono discusse: 1° origine della cellula caratteristica per proliferazione degli endoteli dei capillari e seni venosi della milza; endoteliomatosi splenica (Bovaird, Brill, ecc.); 2° origine dal reticolo linfoadenoide (Cornil e altri).

Si tratterebbe quindi di un processo *sui generis* di granulomatosi, analogo, come diffusione sistematica delle lesioni alla linfogranulomatosi di Sternberg, da cui differisce per la malignità infinitamente minore e per le diverse caratteristiche istologiche del tessuto di granulazione.

Se controversa è la patogenesi, oscura del tutto è *la etiologia* del morbo di Gaucher. Alcuni vollero dare importanza ad infezioni acute pregresse, come il tifo o altre affezioni gravi, sconosciute, sofferte, o a traumi addominali specialmente all'ipocondrio sinistro; Schridde parlò perfino di malattia congenita nel senso di una « mostruosità di tessuto ».

Forse, per la frequente famigliarità dell'affezione, devesi ammettere una particolare vulnerabilità dell'apparato emolinfopoietico dei

membri di una stessa famiglia: d'altra parte la lues, la malaria, il rachitismo, le intossicazioni croniche furono sempre escluse come momenti etiologici: in qualche caso furono dimostrate anatomopatologicamente ed anche biologicamente lesioni tubercolari ma col semplice valore di affezione concomitante.

La prognosi è, data la grande cronicità del decorso, relativamente benigna.

La morte avviene per lo più o per malattie intercorrenti, la cui insorgenza è favorita dallo stato di anemizzazione del paziente per la cachessia, o per effetto della splenectomia « terapeutica ».

Per la terapia oltre alle solite cure arsenicali, iodiche, mercuriali, fu tentata la splenectomia, ma i risultati furono poco incoraggianti.

Premesse queste nozioni l'A. passa a descrivere un caso della malattia in discorso, caduto sotto la sua osservazione nella Clinica Pediatrica di Milano.

Si trattava di un bambino di 11 mesi, nato prematuro da madre già sofferente per asma bronchiale.

A 7 mesi di età il piccolo paziente cominciò a presentare tinta pallida dei tegumenti, progressivamente accentuantesi, mentre l'addome si faceva grosso e tumido.

Ad 8 mesi di età gli vennero riscontrati: anemia notevole, rilevante splenomegalia, segni manifesti di contrattura (rigidità nucale, posizione a cane di fucile: segni questi comparsi poco tempo prima dell'osservazione).

Notevole pressione nel liquido cefalo-rachidiano, nel quale tutte le reazioni furono negative.

Prosegue questo stato e tre mesi dopo ricovera in Clinica.

La nutrizione è misera (Kg. 4.200); lo scheletro è rachitico; la cute terrea, quasi virante alla tinta plumbea; numerosi piccoli gangli duri, mobili, indolenti al collo ed agli inguini.

Strabismo interno sinistro.

Rosario rachitico. Lieve ipofonesi alla regione interscapolare alla base destra. Ronchi e rantoli rari. Addome gonfio, teso, senza reticolo venoso.

Il polo inferiore della milza sorpassa di tre dita l'ombelicale trasversa, il margine posteriore si spinge verso il fianco sinistro, prendendo ivi intimo contatto con la regione laterale dell'addome; poco mobile negli atti respiratori, con forma normale, con le due incisure nette, di superficie liscia, di consistenza alquanto superiore alla norma.

Il fegato debordante 3 dita dall'arco costale di destra, con margine inferiore netto, tagliente; di consistenza aumentata.

Non ascite.

Contrattura in flessione degli arti inferiori; attitudine in flessione delle mani.

Apiressia.

Negativo l'esame delle orine e delle feci.

Nuova rachicentesi: liquido a pressione aumentata; commisto a sangue.

Esame del sangue: macro- e microcitosi, qualche emazia policromatofila.

Emoglobina 40; Globuli rossi 3.160.000; Globuli bianchi: 12.700; Valore globulare: 0.63.

Formola leucocitaria: Grandi mononucleari: 14; Polinucleari neutrofili: 40; Polinucleari eosinofili: 0; Polinucleari basofili: 0; Linfociti medi e grandi: 46.

Negativa la ricerca del parassita malarico.

Puntura della milza: esame di strisci non rivelano la presenza di parassiti malarici, nè di pigmento; nè di leishmanie. Si rinvengono però oltre ad emazie e rari normoblasti, linfociti e qualche eosinofilo, in scarso numero ed isolate cellule grandi a protoplasma omogeneo, sprovvisto di granuli, tingibile in violaceo col Giemsa, con nucleo piccolo, eccentrico, con cromatina.

Descritto il caso, passa l'A. alla discussione diagnostica scartando prima l'ipotesi di una meningite cerebro-spinale con spleno- ed epatomegalia da amiloidosi, la leucemia linfatica, la malaria, la *leishmania infantum*, poi il morbo di Banti, l'ittero emolitico splenomegalico, l'anemia pseudoleucemica di v. Jacksch, ecc.

Con l'aggravamento dell'anemia e delle condizioni generali il p. venne a morte: nè fu fatta la diagnosi clinica.

All'autopsia, sorvolando sui dati meno importanti, si trava:

Scarso liquido citrino, limpido, libero nell'addome.

La milza misura cm. 15×9×4.5 e pesa 237 gr., ossia dieci volte circa il peso che ha normalmente a quella età; il colorito è grigio roseo, con chiazze venose stellate. Aderenze antiche fra ilo e colon, stomaco, diaframma. Al taglio: il parenchima è pallido, non si riconoscono i follicoli; evidenti le trabecole; spiccano qua e là macchioline puntiformi e piccole strie biancastre leggermente protrudenti; infarti necrobiotici.

Il fegato pesa 390 gr.; il parenchima al taglio appare assai pallido, grigio, rugginoso, stride leggermente.

Il timo è assai pallido del peso di 4 gr.

Il midollo osseo appare pallido, grigio-roseo tendente al bruniccio, con piccoli punticini

bianchi, sparsi qua e là; di consistenza normale.

La diagnosi anatomo-patologica fu:

Splenomegalia con incipiente cirrosi epatica; lievissima iperplasia linfoglandulare, parenchimatosi dei reni, ischemia di tutti i visceri.

Le indagini dell'A. si sono volte poi allo studio istologico della morfologia e distribuzione della cellula gaucheriana nei vari organi, ed allo studio della natura chimica della cellula in questione: le conclusioni cui è giunto l'A. sono:

1° concordemente a quanto fu dimostrato da Schlagenkaufer, Marchand, Risel, Mandlebaum, ecc. nella cellula gaucheriana non sono dimostrabili nè grassi, nè lipoidi, non amiloide, non glicogene, non mucina, non fibrina: il protoplasma pei peculiari caratteri microchimici deve risultare costituito da sostanze albuminoidee: inoltre esso non contiene emosiderina;

2° è riuscito all'A. mettere in evidenza la caratteristica cellula gaucheriana non solo nella milza, nelle linfoghiandole, nel midollo osseo e nel fegato, bensì anche, e questi costituiscono reperti nuovi, nel timo e nei follicoli solitari intestinali.

Il caso studiato si riferisce all'individuo più giovane di tutta la letteratura: evidentemente in esso le lesioni debbono essersi iniziate nei primissimi momenti della vita extrauterina e forse anche durante quella intrauterina. Si può anche osservare che la malattia non ha sempre quel decorso ultracronico benigno descritto dalla maggioranza degli autori.

Il Rusca accetta anche l'ipotesi che nell'etiologia della sindrome di Gaucher entri l'azione di tossine intestinali agenti sopra l'elemento di origine della cellula gaucheriana, in terreno predisposto.

MONTELEONE.

Sulla linfogranulomatosi addominale.

(G. SATTA. *Haematologica*, 1921, volume II, pagina 407).

La linfogranulomatosi maligna, processo morboso a diffusione più o meno sistematica del tessuto linfatico, si estrinseca con un quadro clinico così polimorfo da presentare non poche difficoltà diagnostiche.

A scopo quindi didattico-pratico si rende necessaria una classificazione delle diverse forme: essa può esser fatta partendo da differenti punti di vista.

Elementare sarebbe — afferma l'A. — quella fondata sul decorso e sulla durata: forme acute, subacute, croniche, di breve o lunga durata; oppure sull'andamento complessivo: forme tipiche e atipiche, manifeste o larvate.

Poco istruttiva quella fondata sul diverso grado di diffusione del processo: forme generalizzate e relativamente localizzate.

Più comprensiva quella basata su qualche sintoma clinico generale predominante: forme febbrili, apirettiche, anemiche, ecc.

Preferibile è invece la classificazione fondata su un criterio anatomo-topografico, cioè a seconda della sede ove, se non esclusiva, almeno prevalente è la localizzazione e lo sviluppo del processo morboso: forme esterne ed interne.

Fra le prime:
- forme cutanee;
- forme glandolari (cervicali, ascellari, inguinali);
- forme osteoperiostee;
- forme a tipo Mikuliez.

Fra le seconde:
- forme toraciche (glandolari, timiche);
- forme addominali (gastroenteriche, spleniche, epatiche, glandolari).

Premesso ciò, l'A. si occupa della sintomatologia della linfogranulomatosi addominale partendo dalla casistica nota e dai casi clinici caduti sotto la sua osservazione.

Soltanto in pochi casi di linfogranulomatosi estesa a numerose stazioni ghiandolari e ad organi interni è stata riscontrata la compartecipazione dell'apparato linfatico dell'intestino al processo morboso: nei casi descritti l'inizio fu di solito acuto, la sintomatologia quella di una lesione infiltrativo-ulcerosa del tubo gastroenterico: dolori, scariche diarroiche con sangue nelle feci, anemia grave a carattere secondario, deperimento profondo, febbre non molto elevata a carattere intermittente; decorso rapido.

Frequente è la compartecipazione della milza al processo linfogranulomatoso: è, questo, un elemento diagnostico di notevole importanza. Il tumore di milza si può rilevare precocemente o tardivamente, di solito modico, talora cospicuo. È possibile che la splenomegalia sia talora il sintoma predominante, se non esclusivo. In questi « tipi splenomegalici » di linfogranulomatosi si ha inizio di solito lento con disturbi gastrici e talora dolori addominali; decorso relativamente rapido, manifesta e talora profonda anemia accompagnata per lo più da leucopenia, senza rilevanti modificazioni nella formula; febbre continua o intermittente, più di solito a tipo ri-

corrente; non rari i sudori profusi; manifestazioni cutanee caratteristiche; qualche ghiandola inguinale o cervicale; nelle urine diazoreazione spesso positiva; milza enormemente aumentata di volume tanto da sorpassare la ombelicale trasversa e la mediana, di consistenza dura, per lo più indolente alla palpazione, a superficie liscia, in qualche caso bernoccoluta; di solito leggero aumento di volume del fegato.

Nel processo morboso in questione, è molto frequente la compartecipazione del fegato: di solito vi è contemporanea epatomegalia: raramente può mancare.

L'aumento di volume è per lo più scarso: può dipendere da un locale abbondante sviluppo granulomatoso o da una affezione secondaria o da cause non sempre facilmente apprezzabili.

In un caso dell'A. di linfogranulomatosi delle glandole addominali, con partecipazione della milza, sin dai primi periodi di sviluppo della malattia si constatò un cospicuo tumore di fegato che nell'ulteriore decorso andò regredendo. Forse si tratta di un « fegato infettivo ».

Vario può essere l'inizio e il decorso delle linfogranulomatosi addominali; in un gruppo di casi sarebbe stato osservato un inizio acuto, nel massimo numero dei casi esso è lento e subdolo. Il decorso può essere acuto, più di frequente subacuto, talora cronico.

MONTELEONE.

TERAPIA.

L' azione terapeutica degli estratti ipofisari ipotensivi.

(R. PORAK. *Gazette des Höpitaux*, n. 73, settembre 1921).

La diversità dei risultati ottenuti dai vari sperimentatori nello studio degli effetti determinati dalla introduzione nell'organismo sano ed in quello malato di preparati ipofisari, è in gran parte dovuta alla varia costituzione degli estratti impiegati.

Le ricerche compiute dall'A. sono state dirette a due scopi: 1° alla dimostrazione o meno dell'esistenza di una azione opoterapica degli estratti ipofisari nelle sindromi di insufficienza ipofisaria; 2° alla constatazione degli effetti che gli estratti ipofisari hanno sull'organismo sano e quindi alla loro applicazione terapeutica.

Egli si è servito dell'estratto di lobo posteriore Choay.

Anzitutto tenendo maschi separati dalle femmine, ha inettato giornalmente soltanto a queste ultime, estratto di ipofisi Choay. Dopo 15 giorni ha messo a contatto i maschi con le femmine ed ha osservato che mentre i primi manifestavano normalmente l'istinto sessuale, le femmine rifuggivano dal maschio. Negli animali iniettati era facile constatare un aumento del grasso sottocutaneo. All'autopsia delle femmine si riscontravano lesioni ovariche nei corpi lutei.

La somministrazione quindi di estratti ipofisari negli animali determinerebbe una sindrome adiposo-genitale, onde l'A. si domanda se l'adiposità e la frigidità sessuale riscontrate negli ammalati di sindrome adiposo-genitale non siano l'effetto di lesioni delle ghiandole genitali determinate da una disintegrazione neoplastica o infiammatoria del lobo posteriore dell'ipofisi. L'A. crede che per ora non è possibile parlare di opoterapia con preparati ipofisari.

Circa l'azione molteplice prodotta dagli estratti ipofisari, è notevole l'effetto determinato sulla pressione arteriosa che per le dosi medie subisce un abbassamento tanto del valore massimo che di quello minimo senza modificazioni dell'indice oscillometrico.

Le dosi elevate producono un abbassamento della pressione massima e della minima ed una diminuzione notevole dell'indice oscillometrico. Il polso studiato con l'apparecchio di Mackenzie mostra un aumento della frequenza subito dopo l'iniezione indi un rallentamento costante e di più lunga durata.

Per altro occorre notare che se tali sono gli effetti nell'individuo sano, ben diversi e vari sono negli ammalati; così, p. es., l'estratto ipofisario Choay diminuisce notevolmente la tachicardia basedowiana, ed è senza effetto nelle tachicardie di altra natura; accelera il polso nel mixedema; e dimostra azione ipertensiva nel morbo di Addison, mentre ordinariamente esplica azione ipotensiva. Nulli sono gli effetti nei casi di acromegalia.

L'estratto dal lobo posteriore dell'ipofisi produce rapidamente una diminuzione ed arresto delle emorragie ribelli ad altri trattamenti. A differenza degli estratti totali di ipofisi determina una diminuzione della diuresi, e specialmente nel diabete insipido, mentre senza alcun effetto si dimostra nelle poliurie di altra natura. Determina una iperglicemia e quindi una glicosuria transitoria, e tende ad elevare il valore della costante di Ambard.

Per la sua azione eccitante sui muscoli lisci, l'estratto del lobo posteriore viene impiegato per rafforzare le contrazioni uterine sia

durante il parto che dopo, e da B. A. Houssay è consigliato nei casi di atonia intestinale.

Un'azione pronta e spiccata è quella che l'estratto di ipofisi determina sui vasi degli alveoli polmonari diminuendone notevolmente il turgore. Per tale proprietà completa l'azione dell'adrenalina, e fa cessare rapidamente gli attacchi di asma bronchiale. È stato usato pure nel m. di Parkinson, nelle miastenie e per favorire la secrezione lattea.

L'estratto del lobo posteriore dell'ipofisi è da considerarsi come un medicamento di urgenza e viene somministrato per via endomuscolare o endovenosa alla dose di 3 cc. nelle 24 ore. Ogni cc. corrisponde ad 1 centigrammo di estratto, cioè a mezzo lobo posteriore di ipofisi.

L'estratto ipotensivo Choay non deve essere usato nel caso di lesioni renali o di debolezza del miocardio. Il trattamento ipofisario non deve durare a lungo e al più si può iniettare un cent. cubico di estratto ogni 3 giorni per un mese soltanto. TRENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

CHARLES A. BALLANCE. *La chirurgia del cuore (Brandshaw Lecture)*. Macmillan a. Co. Lim. 10 s. net.

La bella conferenza, edita in un elegante e nitido volume di 154 pag. in-8, con 48 figure nel testo, si legge tutta d'un fiato, con vero piacere.

L'A., che si diletta di classicismo, fa una rivista interessante di quel che furono le ferite e la chirurgia del cuore nei tempi antichissimi, per discendere mano mano a Riolano, A. Parco e giù giù fino ai tempi nostri. Molto istruttivo è lo studio dell'opinione che i più reputati chirurgi e medici del secolo XIX ebbero sulle possibilità tecniche e sull'avvenire prevedibile della chirurgia del cuore.

Quanto al trattamento moderno, l'A. ne fa un'esposizione rapida ed in piccoli capitoli, con l'ausilio di figure molto dimostrative, descrive tutte le operazioni che si praticano sul pericardio, sulle orecchiette e sui ventricoli, con norme speciali per la rimozione dei corpi estranei. Mette in grande rilievo il pericolo grave e predominante nella chirurgia del cuore, rappresentato dalla facile infezione ed espone le più autorevoli opinioni sulla opportunità o meno di drenare il pericardio.

L'A. riporta quindi la statistica di Fischer, del periodo preoperatorio delle ferite del cuore, e quelle di Borchardt, Rehn, Vaughan, Peck e Pool, del periodo successivo.

Chiude il volume un elenco di 152 casi di chirurgia del cuore, verificatisi dal 1912 alla fine di dicembre 1919.

E qui dobbiamo rilevare, con rincrescimento, come dei 14 casi pubblicati in Italia in questo periodo, non ne sono riportati che *due soli*, quello del Vaccari e l'altro del Bruchi.

I pregi notevoli del lavoro colmano largamente però questa piccola lacuna.

T. FERRETTI.

Prof. C. BRUNI. — *Compendio di Clinica terapeutica delle malattie urinarie*. 2ª edizione. — Casa Editrice Vittorio Idelson. Napoli.

È un ottimo compendio, del tipo di quello del Pillet, e fatto specialmente per i medici pratici e gli studenti. Come il titolo dice, tratta quasi esclusivamente di terapia; ma utilissimi sono pure i ricordi clinici che precedono ogni paragrafo di terapia, e che in poche parole riassumono con grande completezza la patogenesi e specialmente la diagnosi.

Nell'attuale seconda edizione poi, alcuni capitoli sono stati notevolmente ampliati e di nuovi ne sono stati interamente aggiunti.

È dunque un libro raccomandabilissimo e degno di molta diffusione, data anche la scarsità — purtroppo — delle opere di urologia italiane.

E. PIRONDINI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BELLI G. B. *Saggio d'igiene individuale degli aviatori*. Roma, Tipo-Litografia Ufficio Gabinetto Ministro Marina, 1921.

CONA SALVATORE. *L'opera antitubercolare «Protezione dell'infanzia»*. Caltagirone, Tip. A. Giustiniani, 1921.

FRANK CASIMIRO. *I disturbi della pallestesia nelle lesioni traumatiche dei tronchi nervosi periferici*. Napoli, Gianniui & Figli, 1921.

LATTES LEONE. *La medicina legale di fronte al nuovo diritto criminale*. Milano, Soc. Ed. Libraria, 1921.

LORENZINI A. *Sui riflessi vasomotori nel bambino*. Estratto Atti IX Congr. Pediatrico Ital., Napoli, 1920.

LORENZINI A. *Incontinenza urinaria e fecale e displasie congenite multiple*. Bologna, Bullettino Scienze Med., 1921.

MONTANARI MANLIO. *Appunti e note di urologia*. Comacchio, Tip. E. Carli.

PANSINI GIOVANNI. *La palpazione del fegato*. Milano, A. Rancati, 1921.

PESCI ERNESTO. *Recherches expérimentales sur la théorie de l'anaphylaxie*. Paris, Masson & C., 1920.

TIMPANO PIETRO. *Contributo alla lotta antitubercolare*. Reggio Calabria, Stab. Tip. Edit. «L'Avvenire», 1920.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Diabetidi a tipo papulo-necrotico.

Sono riferiti da Tommasi (*Giornale Italiano Malattie Veneree e della Pelle*. Fasc. V, ottobre 1921).

In due donne, in età molto avanzata, affette da tempo da diabete mellito, di probabile origine epatica, in pieno periodo di scompenso della funzionalità del loro ricambio zuccherino, insorge una dermatosi localizzata agli arti inferiori, costituita da un'eruzione discreta di elementi rilevati, isolati o raggruppati o disposti su linee di grattamento, del volume da un chicco di canapa ad un piccolo pisello, a sede follicolare, di colorito rosso più o meno vivo, circondati da un piccolo alone e presentanti al loro apice, a mo' di zaffo, come un piccolissimo clavo corneo. L'evoluzione degli elementi è di circa 30 giorni con desquamazione, pigmentazione, lieve atrofia a scodellino.

Istopatologicamente: Iper e paracheratosi. Acantosi. Scomparsa del granuloso. L'epitelio dimostra un invaginamento di un ammasso di cellule cornee paracheratinizzate, abbracciate dagli strati epidermici, originato forse da dilatazione e trasformazione di un follicolo pilifero. Qualche raro focolaio di infiltrazione linfo-leucocitaria fra le cellule epidermiche basali. Nel derma edema dei fasci connettivali, scarsa infiltrazione parvicellulare intorno ai vasi ed alle glandole. Spezzettamento delle fibre elastiche in corrispondenza dell'affezione. Negativi riuscirono gli esami culturali e le inoculazioni alle cavie.

Escluse le forme volgari di follocoliti suppurative in diabetico e il *lichen ruber acuminatus*, l'affezione si differenzia dalla tubercolide papulonecrotica per l'assenza di qualsiasi sintomo di tubercolosi in atto o latente, per il monomorfismo spiccato, per il decorso breve e più per l'inoculazione negativa nelle cavie e il reperto istologico. L'A. ritiene l'eruzione in nesso col diabete, avvalorando il suo concetto con l'essere la dermatosi guarita solo quando, curando il diabete, era ridotto quasi a zero il tasso dell'eliminazione zuccherina. E crede dunque l'A. di denominare i suoi casi: « Diabetidi monomorfe a tipo papulo-necrotico ».

C. DUCREY.

Le dermatosi deteterminate dai nuovi medicamenti.

W. Lutz (*Therap. Halbmonatshefte e Cblatt. f. innere Medizin*, 1921, n. 47) fa menzione dei seguenti medicamenti con i loro possibili effetti sulla cute:

1) Derivati dell'urea (Edonal, Veronal, Luminal, Dial, Adalina, Medinal, Codeonal, Diogenal): edemi, eritemi, vescicole; eruzioni fisse, a tipo di rosolia, morbillo, scarlattina, orticaria.

2) Nirvanol: esantema preceduto da aumento di temperatura, tumefazione del viso, edema delle palpebre e delle labbra.

3) Derivati della chinina (Optochina, Otofan): eritemi con edema e prurito, edema angioneurotico, eruzioni a forma di eresipela, scarlattina, orticaria.

4) Derivati dell'antipirina (Piramidone, Melubrina): esantemi generali eritemato-papulosi.

5) Aspirina: viso tumefatto, eruzioni generali a tipo di orticaria o scarlattina.

6) Krisolgan: Eruzione generale pruriginosa e febbrile; spesso con stomatite.

7) Tiosinamina e fibrolisina. Porpora, talvolta eritemi pruriginosi.

8) Istamina. Eritemi confluenti ed orticaria.

9) Urotropina. Esantemi a tipo di orticaria.

fil.

Orticaria da tachifagia.

Si è spesso insistito sull'importanza patogena della tachifagia, specialmente per la produzione di eruzioni di origine alimentare. Ph. Pagniez e L. de Gennes (*Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1921, p. 577) riportano il caso di un uomo robusto, di 24 anni, che, da ragazzo, andava soggetto ad orticaria dopo aver mangiato pesci, crostacei, fragole, ma che dai 17 anni non ne aveva sofferto che raramente. Ritornato alla vita borghese, dopo la guerra, riapparve l'orticaria, che si presentava regolarmente al mattino, con prurito ed eruzione variabile per gravità e distribuzione, localizzata specialmente all'addome ed alle natiche, e che scompariva in 2-3 ore; talvolta si aveva l'attacco qualche ora dopo il pasto di mezzodì: l'eruzione sembrava indipendente dalla qualità dei cibi.

L'anamnesi non rivelò nulla di importante, tranne che il paziente durante la vita militare si era abituato a consumare i suoi pasti molto in fretta; non accusava sintomi dispeptici, salvo un leggero senso di peso dopo i pasti. Con-

sigliato a mangiare lentamente, vide dopo tre giorni attenuarsi i sintomi, che scomparvero dopo sei; ripresa, per esperimento, la tachifagia, l'urticaria ricomparve al quarto giorno, prova e controprova terapeutiche, le quali dimostrano l'origine dell'orticaria. *fil.*

TERAPIA.

Le indagini da premettere agli interventi operativi.

Prima di praticare l'anestesia regionale, è necessario procedere all'esame delle urine dell'apparecchio cardio-vascolare, del sangue.

Urine. — Ricercare albumina, zucchero, acetone, acido diacetico (reazione di Gerhardt: colorazione rosso Borgogna col percloruro di ferro), urobilina; la presenza di questa indica insufficienza epatica e consiglia di rinunciare alla cloronarcosi e di usare invece l'etere con prudenza, o meglio di ricorrere al cloruro di etile, al protossido di azoto, alla rachianestesia. La ricerca dell'urobilina si fa aggiungendo a 20 cmc. di urina 5 cmc. di cloruro di zinco a 1/10 e 3-4 cmc. di ammoniaca al 25%; in presenza di urobilina, il filtrato è fluorescente.

Apparato cardio-vascolare. — La ricerca più significativa è quella della tensione arteriosa: tensioni massime inferiori a 11 e minime inferiori a 6 (con il Vaquez-Laubry) sono anormali ed indicano ipotensione, per cui lo *shock* anestesico verrebbe male sopportato; in tal caso è consigliabile somministrare 2-3 giorni prima dell'operazione e dopo questa, 30 gocce al giorno, in 3 volte, di cloridrato d'adrenalina 1‰, oppure 10-15 gocce per via ipodermica.

Sangue. — G. Audain (*Presse médicale* 1921, n. 52) osserva che se il numero dei leucociti è inferiore a 6,000 (normalmente 7,000), l'individuo è leucopenico ed in stato di ipodifesa: alla vigilia dell'intervento, si farà quindi una tenue iniezione leucogena (20 cmc. di elettrargolo o 6 cmc. di jantolo per via ipodermica); se la leucopenia è più marcata e specialmente se durante l'intervento si è avuto svuotamento di raccolte purulente, si ricorre a leucogeni più energici come, p. es., il nucleinato di sodio. *fil.*

Sterilizzazione dei guanti e strumenti.

E. Donay (*Presse méd.*, 31 dic. 1921) consiglia di sterilizzare guanti di gomma e strumenti di pratica corrente, tenendoli in una cassetta di legno, a chiusura ermetica, in cui si mettono 100 g. di triossimetilene (paraformolo). Le dimensioni che l'A. consiglia sono le seguenti: altezza e profondità cm. 36; larghezza cm. 45; vi si collocano delle griglie per deporvi gli oggetti; la chiusura ermetica viene assicurata per la pressione di un tubo di gomma, che fa da cercine circolare; il triossimetilene si colloca al fondo, aggiungendone 50 g. ogni sei mesi. I guanti dopo l'uso si lavano, si asciugano, si cospargono di talco e si mettono nella cassetta; in tal modo dureranno molto più che facendoli bollire ogni volta. Con un soggiorno di 48 ore nella cassetta, si otterrebbe la sterilizzazione, come l'A. ha determinato con esperienze di laboratorio; egli però consiglia per le operazioni asettiche di completare la sterilizzazione dei guanti, tenendoli per 10 minuti in autoclave a 120°, ciò che, in realtà, rende superfluo l'uso della cassetta, poichè in 10 minuti ad un'atmosfera circa, anche le spore della maggior parte dei bacilli vengono uccise.

fil.

Sul trattamento moderno delle ferite.

P. Albrecht (*Wiener mediz. Wochenschrift*, 1921, n. 30), fa notare che l'azione di molti antisettici chimici è dovuta all'iperemia locale, con aumento di emigrazione di leucociti, ed all'ossigeno nascente che si lega alle tossine batteriche; lo jodio allo stato nascente, od il cloro provocano una copiosa linforrea che dà una vera lavatura linfatica della ferita.

Dal punto di vista pratico, l'A. consiglia:

Nelle ferite recenti (fino a 6-8 ore): liberarla dai corpi estranei, escidere i tessuti danneggiati dal trauma, lasciando solo quelli sani, sulla buona nutrizione dei quali non vi sia dubbio: se la ferita è molto sporca, pennellare tutte le anfrattuosità con tintura di jodio; iniezione antitetanica da ripetersi dopo 5-6 giorni; procedere alla sutura, lasciando generalmente un drenaggio di garza.

Nelle ferite articolari recenti, allontanare tutti i tessuti mortificati, suturare completamente la capsula e riempirla con soluzione antisettica (canfora fenolica, glicerina allo jodoformio): iniziare i movimenti passivi ed attivi non appena possibile.

Nel trattamento delle *ferite infette*, i pareri sono discordi ed ogni metodo ha i suoi seguaci. L'A. si dimostra favorevole all'acqua, in forma di impacchi umidi (senza alcuna applicazione di strati impermeabili); di irrigazioni continue (che fluidificano i secreti troppo densi) o di bagni (a 35°-38° per ½ ora al giorno).

L'aria provoca iperemia, aumenta l'attività cellulare, con esito in linforrea; ne viene diminuito l'assorbimento dei veleni batterici; per contro questo metodo ha lo svantaggio di

dare disseccamento delle parti e raffreddamento; esso può quindi usarsi fintanto che vi è abbondante secrezione, mentre quando questa va cessando, si farà l'esposizione all'aria solo per qualche ora al giorno.

La luce solare agisce prevalentemente per i suoi raggi chimici (ultravioletti) provocando iperemia e, dapprima aumento, poi diminuzione della secrezione; si incomincia con l'esposizione di ¼ d'ora, aumentando poi ogni volta, 15-20 minuti. Un surrogato sono i raggi ultravioletti con lampada di quarzo (che possono però avere azione caustica) e la luce delle lampade ad arco.

I maggiori sforzi sono stati diretti a trovare efficaci antisettici chimici; fra quelli più usati in guerra, emergono tre gruppi:

a) *i preparati di jodio e cloro.* Quelli di jodio a contatto dei tessuti producono jodio ed ossigeno ed hanno valore per la durata dell'azione; la tintura di jodio, così largamente usata, mantiene il suo posto come disinfettante. Fra i composti del cloro è l'ipoclorito di sodio (Dakin-Carrel) il più usato: esso provoca linforrea ed un vero lavaggio di 'infa; non può però sterilizzare la ferita e nemmeno ha dato buoni risultati nella gangrena gazosa;

b) *i derivati della chinina,* fra essi specialmente la Vuzin (è l'isoetilidrocupreina N. d. R.) è stata assai vantata in guerra; in pace però non ha dato buoni risultati, ed ha completamente fallito nei flemmoni progressivi. Il suo uso poi, non è scevro da pericoli;

c) *le sostanze coloranti dell'anilina*: non possεggono grande azione battericida, ma specialmente la pioctanina e la tripaflavina provocano iperemia ed iperlinfia.

Notevole potere battericida posseggono l'argocrom ed il coleval.

Nelle *ferite granulanti,* lo stimolo maggiore alla neoformazione dei tessuti è dato da prodotti di disfacimento dei corpi batterici, quindi bisogna tralasciare le lavature e le tamponature delle ferite; meglio è coprirle con compresse impregnate di unguenti.

Agli olî minerali si attribuisce la proprietà di stimolare la crescita del tessuto interstiziale; specialmente raccomandato dall'A. è il granugenol (olio minerale ricco di idrocarburi non saturi); per la neoformazione epiteliale sono utili gli unguenti al rosso scarlatto, al pellidolo, alla ratania. È poi importante cambiare ogni tanto il rimedio.

I grandi vantaggi ottenuti con l'asepsi, non ci devono far dimenticare che possono esservi ferite infette, per le quali noi dobbiamo lottare per mezzo dell'antisepsi nel senso sopratutto di aiutare l'autoantisepsi dell'organismo stesso.

fil.

L'iniezione endocardiaca.

R. Blan (*Deutsche med. Wochenscrift*, 1921, n. 30), la ritiene indicata nei casi d'arresto primitivo del cuore a miocardio non estenuato: sincope cloroformica, intossicazione da cloralio e da ossido di carbonio, fulgurazione, accidenti da elettricità, *shock* traumatico ed operatorio, sincope postemorragica, morte istantanea dei cardiaci. Vi si è ricorso in specie dai chirurghi.

Si usa un ago 2-3 volte più lungo che l'ordinario, ed il più sottile possibile (gli aghi grossi per irritazione del pericardio possono dare disturbi riflessi di conduzione ed anche l'arresto del cuore). L'operatore, che si tiene a sinistra, affonda l'ago rasente allo sterno (per evitare l'a. mammaria interna) nel 4° spazio intercostale sinistro; il ventricolo destro abitualmente scelto, si trova alla profondità di 4-5 cm.; le zone pericolose sono lontane dalla parete o situate nel setto; per evitarle, quando si avverte la resistenza del miocardio, si progredisce lentamente, facendo una leggera aspirazione; l'arrivo del sangue nella siringa indica che si è giunti nella cavità, e che ci si deve arrestare. Per evitare la lesione del setto, è bene dirigere l'ago leggermente verso la linea mediana. Quando si voglia fare l'iniezione nel ventricolo sinistro, si affonderà l'ago ad un dito trasverso all'interno della punta del cuore, nel 4°-5° spazio (anche nel 6° in caso di ipertrofia notevole), con direzione in alto ed in dietro: lo spessore della parete è di 15 mm. circa.

Prese tali precauzioni, l'operazione non offre difficoltà: del resto l'iniezione può farsi oltre che nella cavità, anche nello spessore del miocardio; se esiste una stasi venosa notevole e pletora del cuore destro si può anche far precedere un'aspirazione evacuatrice.

Come eccitanti sono indicati: acqua satura di canfora; caffeina (2 cmc. di soluzione a 20 %) non esente da pericoli; le preparazioni iniettabili di digitale (troppo lente per essere somministrate da sole, ma utili, associate ad altri eccitanti) e sopratutto la strofantina (mg. 0.5) e l'adrenalina (cmc. 0.5-1 della soluzione $^{1}/_{1000}$) che possono essere ripetute a brevi intervalli.

Le probabilità di successo si hanno quando gli altri organi sono ancora capaci di funzionare: per il cervello l'interruzione della circolazione non deve essere durata più di 10-15

minuti; molti insuccessi sono dovuti al miocardio troppo stanco od alla eccessiva gravità dell'affezione causale; vi sono però anche dei risultati brillanti, ottenuti, p. e., in casi di *shock* pleurico o peritoneale, di malattia mitrale scompensata, di accidenti durante l'anestesia generale od endorachidea. *fil.*

IGIENE.

Il latte in polvere nell'alimentazione infantile.

L'uso della polvere di latte, limitato per l'addietro alla fabbricazione di dolci e di cioccolata, viene da qualche tempo diffondendosi per l'alimentazione infantile, per la quale presenta innegabili vantaggi che consistono principalmente nel contenuto costante e conosciuto di grasso, nella purezza, nella facilità di conservazione e di preparazione, ciò che elimina i procedimenti della sterilizzazione e, per le pubbliche istituzioni, le spese per l'impianto di macchinari.

Vari sono i procedimenti con cui si prepara il latte in polvere: il latte, condensato o non, viene polverizzato in finissima nebbia (*spray-process*) entro stufe ad aria calda, sul fondo delle quali si raccoglie la polvere: oppure il latte si raffredda a 1-2°, in modo da solidificare l'acqua: si centrifuga poi rapidamente, ottenendo una pasta che si dissecca in stufa, oppure si fa scorrere il latte su cilindri ruotanti (*roller-* o *Just-process*), scaldati a 110°; in pochi secondi il latte si dissecca e viene asportato per mezzo di coltelli tangenti e al cilindro e poi polverizzato.

Comunque preparati questi prodotti si presentano con l'aspetto di polvere giallo-chiaro, di odore gradevole: la composizione chimica varia secondo che la polvere è stata preparata con il latte intiero, oppure più o meno scremato. Per le polveri italiane si hanno questi dati (1): polvere grassa: acqua 8.10 %, grassa 27.21 %: sostanze azotate 23.11 %, lattosio 36.21 %, ceneri 5.4 %: per la polvere semigrassa: rispettivamente 8.4; 13.8; 27.8; 43.6; 6,4; per la polvere magra: 8.6; 0.5; 32.5; 50.6; 7.8. Del latte Dryco è indicata la seguente composizione (2). Grasso 12 %; proteina 34 %; lattosio 44 %: sali 7 %: altre sostanze (?) 3 %: manca l'indicazione del contenuto in acqua.

Queste polveri sono in generale praticamente sterili (3), ciò che si comprende anche considerando il modo di preparazione e la scarsa quantità di acqua, condizione non favorevole alla vita dei germi, risulta una media di 70.000 germi per 125 g. di polvere, cifra bassissima, quando si tenga presente che nelle prescrizioni ufficiali degli Stati Uniti, si ha per il latte migliore da consumarsi anche crudo, un limite di tollerabilità nel numero dei germi che arriva fino a 10.000 per cmc. A questo vantaggio del latte in polvere, si aggiunge quello che la reintegrazione può essere estemporanea e si eliminano così gli inconvenienti connessi con la conservazione (necessità di bollirlo e di tenerlo ben riparato ed al fresco). Per la reintegrazione basta diluire 10-12 gr. di polvere con acqua calda: si ottiene così un liquido che non è sempre perfettamente omogeneo come il latte, e che dà spesso separazione di globuli di grasso e leggero sedimento di sostanze insolubili.

Per quanto riguarda l'alimentazione infantile, la sostituzione del latte così reintegrato al latte comune può presentare una grande facilitazione, bastando prepararlo al momento di servirsene: la digestione sembra compiersi come normalmente. Rimane però da indagare se l'alimentazione con latte reintegrato non provochi gli stessi inconvenienti di quella fatta con latte bollito: è noto di fatto che l'ebollizione distrugge la vitamina antiscorbutica rapidamente, se in mezzo alcalino, un po' meno se in mezzo anfotero come il latte, in cui però essa scompare se l'ebollizione viene prolungata oltre 3 minuti. Era da supporsi che nel latte in polvere, per la temperatura a cui va sottoposto nella sterilizzazione, si distruggesse la vitamina antiscorbutica. Recenti esperimenti istituiti sopra cavie hanno invece dimostrato che la persistenza di vitamina antiscorbutica è legata al processo di preparazione: con lo *spray-process*, essa viene distrutta, mentre è conservata con il *roller-process* (4).

Se dagli esperimenti sulle cavie passiamo a quelli sui bambini troviamo pure risultati soddisfacenti; diversi gruppi di bambini vennero nutriti con: 1° latte naturale più o meno modificato; 2° latte reintegrato mescolando burro e polvere di latte scremato; 3° polvere di latte intero. Dopo un periodo di osservazioni di 40-70 mesi, si notò un aumento di peso individuale giornaliero di g. 18.9 per il primo gruppo: g. 20, per il secondo, g. 25 per il terzo.

A questi risultati così favorevoli altri autori ne oppongono di sfavorevoli: fra questi Burnet (6) secondo cui, con l'uso del latte in polvere si osserva frequentemente la rachitide fra i bambini, i quali sono spesso decisamente anemici. Questo autore ritiene anzi che il riconoscimento ufficiale da parte delle autorità preposte alla salute pubblica, dei vantaggi del latte in polvere è dannoso, e ci fa, tra l'altro, rimandare *sine die* la possibilità di provvedere del buon latte naturale.

La questione dunque è ancora *sub judice*, e specialmente occorre guardarsi dai troppi facili entusiasmi e dal lasciare nelle mani dei profani un mezzo che allettando per la sua facilità potrebbe essere pericoloso: l'alimentazione infantile specialmente quella non naturale va sempre scrupolosamente diretta e sorvegliata dal medico: con tale restrizione e seguendo scrupolosamente le norme che i pediatri suggeriscono, anche il latte in polvere potrà essere usato con vantaggio.

A. FILIPPINI.

BIBLIOGRAFIA.

1. *Annali del Laboratorio Chimico centrale delle Gabelle*. Vol. VI (1912).
2. PERGOLA M. *Uso del... latte in polvere Dryco nella tecnica batteriologica in sostituzione del latte fresco*. Pathologica, 1° ottobre 1921.
3. SYMPA L. *Sulle caratteristiche di due tipi di latte secco specialmente in rapporto alla digestione*. Roma, 1914.
4. JEPHCOTT e BACHARACH A. L. *The antiscorbutic value of dried milk*. Biochem Journ., 1921, n. 1.
   STEENBOCH E. B. e ELLIS N. R. *Antiscorbutic potency of milk powders*. Journ. of biol. chem., 1921, n. 2.
5. PRICE W. H. *Dried Milk powder in Infant feeding. Safety usefulness and comparative value*. Public Health report, 1920, 2 apr.
6. BURNET J. *The disadvantages of dried milk in infant feeding*. The practitioner, marzo 1921.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Tonsille ammalate e adeniti cervicali.

Weller su 4522 tonsille esaminate, ne ha trovate il 3,1 % affette da tubercolosi. È la tonsilla palatina una porta d'ingresso comune per il bacillo tubercolare e le tonsille ingrossate e ammalate sono generalmente tubercolose? Oppure le tonsille si ammalano nell'adempiere alla loro funzione di filtro e solo secondariamento divengono tubercolose? Questione importante dal lato della patologia e dal lato della cura se il chirurgo deve asportare le tonsille ammalate, o le glandole ingrossate, o le une e le altre.

Walter G., Howarth (*Tre Lancet*, 1921, numero 5124). L'autore ha esaminato soltanto casi con tonsille ammalate e glandole ingrossate. Dopo l'esame di 100 casi è venuto a queste conclusioni:

1° il 5 per cento delle tonsille ammalate associate a ingrossamento delle glandole cervicali mostrò lesioni istologiche tubercolari, il 2 per cento conteneva bacilli tipici;

2° l'inoculazione di tessuto tonsillare nelle cavie fu negativa o perchè i bacilli tubercolari, pochi di numero andarono perduti nella manipolazione della centrifugazione o perchè il tessuto linfoide ha reagito al bacillo tubercolare o perchè il bacillo tubercolare era di bassa virulenza (bovina ?);

3° l'ingrandimento delle tonsille proviene dall'assorbimento cronico di materiale settico dalle cripte e dalla superficie ammalata delle tonsille ed è seguito da adenite cervicale, dovuto a tossiemia, e da impianto del bacillo tubercolare sulle tonsille precedentemente ammalate e ingrandite con conseguente assorbimento di bacilli lungo o linfatici dalla tonsilla alle glandoli cervicali.

Perciò si debbono togliere le tonsille piuttosto che le glandole cervicali: dopo l'operazione le glandole cervicali tendono a sparire: in alcuni casi è opportuno ricorrere all'aspirazione e all'applicazione di raggi X una o due volte nel caso ne consegua un seno fistoloso.

MARZETTI.

Le cause essenziali delle vegetazioni adenoidi e la loro associazione con il rachitismo.

Secondo i rinologi le cause delle vegetazioni adenoidi sono l'eredità, lo stato linfatico, il clima, il catarro, gli esantemi, l'influenza dei disturbi del sistema linfatico, il freddo, i raffreddori; secondo i pediatri, l'iperplasia della tonsilla faringea è una parte dell'iperplasia generale del tessuto adenoide in tutto il corpo dovuto a un difetto del plasma per indigestione intestinale causato dal cibo imperfettamente salivato. Altre cause sarebbero l'allattamento artificiale, il rachitismo. Secondo H. Merral (*The Lancet*, 1921, n. 124) la vera causa essenziale è il troppo lavoro delle ghiandole linfatiche situate dietro il palato molle per ripetuti raffreddori e esantemi. Le tonsille divengono assai ingrandite quando la gola e il naso sono invasi dai microrganismi che occasionano un raffreddore. La prima a soffrire è la tonsilla faringea. Ripetuti attacchi rendono l'ingrossamento permanente: le tonsille divengono fibrose e la loro funzione protettrice diminuisce. Un più forte raffreddore porta alla distruzione di molti linfociti e questi con il muco secreto formano il catarro muco-purulento. Le condizioni catarrali si possono estendere alla laringe, trachea, bronchi: più insidiosa è l'estensione di questi processi morbosi allo stomaco,

condotti biliari, intestini. Siccome nel rachidismo — oltre le cause prevalentemente dietetiche — ha importanza la parte che spetta al catarro dei polmoni, dello stomaco, degli intestini, l'autore pensa che la stretta associazione che passa fra le vegetazioni adenoidi e il rachitismo — già da lungo tempo messa in evidenza da Biaggi, Marfon ed altri — possa essere dovuta a una stretta relazione delle cause di queste due malattie.

MARZETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1180) *Sostanze termogene.* — Al dott. D. M., abbonato 3268:

Svariate sono le sostanze che introdotte nell'organismo sono capaci di elevare la temperatura; fra esse sono da citarsi le proteine introdotte per iniezione; basta, talora, anche la semplice iniezione endovenosa di una soluzione acquosa. Per quanto riguarda le malattie provocate e simulate, la febbre può venir prodotta in seguito ad iniezioni di benzina, petrolio, trementina e ad iniezione di sostanze fecali, praticate allo scopo di provocare ascessi. (Cfr. A. Ascarelli: *Le autolesioni nella vita militare.* Policlinico, 1917, n. 22 e 23. — Chavigny: *Maladies provoquées ou simulées en temps de guerre.* Paris médical, 1916, pagina 150). Talvolta l'innalzamento della colonna nel termometro è provocata artificialmente, mediante sfregamento del tubo.

Tra le varie sostanze che occasionalmente possono provocare la febbre sono poi da citarsi le fave (favismo), il polline (febbre da fieno), la corteccia di china (febbre dei lavoratori di tale corteccia), i vapori metallici (febbre dello stagno), ecc.

fil

(1181) Al dott. F. Bonollo, Mira:

Ustioni da acidi. — In linea generale, il trattamento di queste lesioni è quello delle ustioni provocate dall'alta temperatura. Appena avvenute, si può ricorrere ad abbondanti lavature, meglio se fatte con soluzione leggermente alcalina (1 % di carbonato di sodio).

Quando l'acido si sia versato in abbondante quantità sopra una parte ricoperta da vestiti, ed ancor più quando l'individuo sia caduto in una tinozza con acido, sarà opportuno, fatta la prima abbondante lavatura, mettere l'individuo in una tinozza con acqua preferibilmente calda, a cui si può aggiungere del carbonato di sodio, e, nel bagno stesso, tagliare i vestiti, che poi si tolgono con precauzione a pezzi. In seguito, prima di applicare qualsiasi medicatura, bisognerà asciugare accuratamente mediante compresse sterilizzate o con aria calda, e curare molto l'asepsi, poichè le cellule vengono lese nella loro vitalità ancor più che nelle ustioni da calore; nel caso dell'acido nitrico poi, tener presente la possibilità di intossicazione generale tardiva nitrosa.

Paraffine chirurgiche. — Le indicazioni per l'uso dell'ambrina e delle paraffine chirurgiche non escludono il caso in cui sia già stata asportata l'epidermide delle flittene.

r. s.

(1182) *Somministrazione di chinina e malarici nefritici.* — All'abb. n. 12339:

Un nefritico, che si ammali di malaria, deve essere curato con la chinina. Solo le dosi curative devono essere raggiunte con precauzione, saggiando la tolleranza del malato. In caso di intolleranza, si può usare la cinconina, che ha valore curativo paragonabile a quello della chinina, e che il più delle volte non offre gli inconvenienti della chinina.

t. p.

(1183) *Conservazione degli antigeni acquosi.* — Al dott. F. d'A., R. M.:

L'antigene acquoso in soluzione fisiologica fenicata al 0,50 % può essere conservato in frigo o anche in semplice ghiacciaia per parecchi mesi e talora anche per un anno e più; non vi sono limiti fissi e il periodo è spesso variabile per i vari antigeni.

Il siero emolitico non deve mai essere conservato in soluzione. Il titolo 1 : 1500 vuol significare che il potere emolitico si esercita nella diluizione di uno a 1500.

t. p.

(1184) Dott. A. W. da Gr., abb. n. 12897:

Per i *solfati di terre rare* nella tubercolosi veda il fasc. 32, 1921 e la risposta 1434 del fasc. 44; può provvedersene, in Italia, presso la ditta Zambeletti.

Riguardo al liquore d'Uzara, alla risposta data nel fasc. 32 aggiungiamo, che esso contiene il 4 % di Uzaron (principio attivo) e si dà a dosi di 30 gocce, diverse volte al giorno: agisce come antidiarroico, senza dare stitichezza, e si somministra anche come calmante nella dismenorrea. Si preparano anche pastiglie contenenti 0.02 di Uzaron (dose 1-3 per volta, nei bambini 1/2 -1) e suppositori.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

IGIENE SOCIALE.

Istituto italiano di igiene, previdenza ed assistenza sociale.

L'Istituto ha già raccolto e riceve quotidianamente da organizzazioni statali e libere *di ogni paese del mondo* documenti ed informazioni preziose, riguardanti lo sviluppo scientifico e pratico della medicina preventiva e dell'assistenza sociale. Tale splendida documentazione serve ai collaboratori dell'Istituto per lo studio e la pubblicazione delle opere di propaganda che a poco a poco verranno diffuse e serve inoltre a tutti coloro che all'Istituto ricorrono per consultazioni, sia in Roma, sia dal di fuori.

Così stando le cose, però, il numero di coloro che possono profittare direttamente di questo prezioso materiale è limitato, mentre d'altronde la Direzione dell'Istituto non crede conveniente, per ora, di pubblicare una propria rivista, cui d'altra parte non tutti potrebbero abbonarsi, e che eserciterebbe perciò un'azione di propaganda sempre relativamente limitata.

La Direzione dell'Istituto ha perciò pensato di mettere il proprio materiale a disposizione di tutti coloro che in Italia, medici o laici, s'interessano a questi grandi problemi di difesa sociale, inviando sistematicamente e continuativamente a date non fisse (1-2 volte al mese) dei brevi bollettini di informazioni, sia riguardanti questioni di ordine generale, sia, e più spesso, riassumendo e commentando le pubblicazioni più notevoli che pervengono all'Istituto.

Riportiamo qui il primo di tali bollettini, il quale tratta di due questioni interessanti.

1° *La sorveglianza medico-scolastica in Inghilterra.*

Albione non ha trascurato gli insegnamenti della guerra sulle condizioni di sviluppo fisico delle nuove generazioni.

Dal 1° novembre 1917 al 31 ottobre 1918 le reclute inglesi in numero di 2,425,184 subirono una accurata visita medica. Tra questi solo il 36 % fu trovato in condizioni fisiche normali; il restante 64 %, cioè più di 1,500,000 di uomini dovette esser escluso dalla prima linea, e tra essi oltre il 40 % dovette, per gravi deficienze fisiche, essere ascritto alla 3ª categoria.

Tali allarmanti constatazioni hanno ravvivato il già intenso interessamento del Governo Inglese per la necessaria tutela igienica della scuola, come ne sono prova le splendide relazioni al Parlamento per gli anni 1919 e 1920 del «Board of Education», cioè il Ministero dell'Istruzione.

La sezione sanitaria scolastica di tale Dicastero è però diretta dallo stesso eminente medico Sir George Newmann, che è il primo funzionario del Ministero della Salute Pubblica: si ha cioè in Inghilterra quella esssenziale unità di direzione e coordinazione tra i vari dicasteri, che da noi manca quasi totalmente: alla Minerva, infatti, ben poco si fa in tale campo e la Reale Commissione per l'Igiene della Scuola è costretta ad una relativa inattività ed inefficienza di cui certo non si allietano gli illustri nostri Igienisti che ne fanno parte.

Il servizio medico-scolastico in Inghilterra è diretto da Londra, ma realizzato dalle Amministrazioni civiche locali in numero di 316, che impiegano 800 medici in servizio scolastico *esclusivo* e 1900 infermiere scolastiche *diplomate*.

Numerosissimi altri medici ed infermiere sono impiegati per servizi temporanei.

Nel 1920 l'ispezione medica fu fatta a 2,434,252 bambini, dei quali il 49 % fu trovato diminuito da lesioni organiche gravi o lievi. Non possiamo naturalmente dar qui il dettaglio di tali inchieste.

Durante l'intero corso elementare ogni bambino, anche se sano, è visitato al minimo tre volte, e cioè in corrispondenza media di queste tre età: 5, 8 e 12. L'esame è schematizzato in una scheda-tipo, naturalmente assai più ricca di contenuto per il bambino debole o malato.

Esistono già 900 cliniche scolastiche sia per scopo di esame che di cura. In un anno 400,000 scolari furono curati a spese dell'Amministrazione, che, pei suoi fini, provoca la più stretta collaborazione cogli insegnanti e colle famiglie degli scolari.

Dal 1920 si è iniziata la sistematica ispezione medica agli studenti delle scuole secondarie, che sommano a 1383 con 378,000 scolari.

La splendida relazione tratta singolarmente di tutte le malattie sociali in rapporto alla scuola primaria e secondaria e delinea tutto il programma di lavoro futuro e già in atto nel campo dell'orientamento educativo e professionale dei giovani, sì da rinnovare la scuola portandola realmente a contatto colla vita.

L'illustre prof. Sante De Sanctis dell'Università di Roma ha consentito benevolmente a scrivere in rapporto a tali essenziali problemi, un opuscolo di propaganda che l'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale pubblicherà tra breve.

Segnaliamo all'attenzione dei lettori 2 libri interessanti il rinnovamento della scuola:

a) ANGELO PATRI: *Vers l'école de demain.* — Paris, Librairie Hachette et C., 1919. — Libro ammirevole di un Italiano purtroppo americanizzato, ma non immemore della sua patria e che meglio dovrebbe esser conosciuto in Italia.

b) AD. FERRIÈRE: *Transformons l'école.* — Bâle, édition du Bureau International des Ècoles Nouvelles, 1920. — Libro interessante in quanto descrive i tipi più notevoli di *scuole rinnovate* nelle varie Nazioni.

2° *La crociata per l'igiene delle Compagnie Americane di Assicurazione.*

Le statistiche di assicurazione sulla vita di ogni parte del mondo hanno fatto rilevare che la mortalità e la morbilità è notevolmente più alta nei

laboratori manuali che non nella massa della popolazione. Nel solo anno 1916 le malattie e le indisposizioni evitabili sono costate agli operai americani *5 miliardi di franchi*. La perdita che hanno subito gli industriali si può considerare almeno del doppio, non tenendo conto della parte che le malattie e le infermità hanno nel rallentamento della produzione, nell'irregolarità del lavoro, nel cambiamento di impiego, ecc.

Da queste constatazioni le Compagnie di Assicurazioni americane hanno tratto le loro deduzioni, ed alcune di esse, da più di 10 anni, hanno iniziato una imponente campagna igienica tra i loro assicurati, guidate in ciò dal loro interesse, ma anche dal sano concetto dell'immenso vantaggio igienico per la comunità.

La Compagnia «The Prudential Insurance Company of America» di Newark, New Jersey, registra al suo attivo oltre 16 milioni di polizze di assicurazione e paga premi per circa 600 morti al giorno. La «Metropolitan Life Insurance Company of America» assicura oltre 1/6 della popolazione urbana degli Stati Uniti, e registra un decesso ogni 5 minuti. La «Prudential» e la «Metropolitan» hanno rispettivamente direzioni medico-statistiche, composte di uomini di altissimo valore: ci basti citare Frederick L. Hoffman per la «Prudential» e Louis Dublin per la «Metropolitan».

La produzione scientifico-pratica di questi due dipartimenti in rapporto alla tubercolosi, alla malaria, alle malattie infantili e puerperali, al cancro, è di tale valore che più volte in futuro riprenderemo a parlarne su questa rubrica.

Crediamo però essenziale riassumere prima, a grandi linee, l'opera pratica svolta da queste due Compagnie: la «Metropolitan» cominciò nel 1909 la sua campagna sistematica per il prolungamento della vita dei suoi assicurati del gruppo industriale ed ha seguito un indirizzo distinto in 4 linee principali:

1° Educazione degli assicurati nell'igiene in generale, con la distribuzione di manuali e foglietti di propaganda, intesi ad insegnamenti fondamentali di medicina preventiva. Fino al 1° gennaio 1921 tale distribuzione aveva raggiunto la cifra di *213 milioni* 522,204 opuscoli! (Il testo e le illustrazioni di tali opuscoli, che abbiamo davanti agli occhi mentre scriviamo, sono al di sopra di qualunque elogio).

2° Organizzazione di un servizio di infermiere visitatrici per la cura dei propri assicurati malati e per la diffusione dei precetti igienici nelle loro famiglie. Al 1° gennaio 1921 tali infermiere avevano fatto *11 milioni* 830,684 visite fra gli assicurati della Compagnia!

3° Organizzazione di un ufficio per i servizi industriali, inteso a studiare, coi datori di lavoro, i mezzi per assicurare agli operai migliori condizioni di lavoro e di vita.

4° Cooperazione con le Autorità di Igiene statali, municipali e libere per promuovere la necessaria legislazione e l'approvazione dei crediti indispensabili ad un'opera realmente efficiente di ricostruzione igienico-sanitaria.

Inoltre la Compagnia ha preparato esposizioni, ha fatto inchieste su date forme di malattie professionali e inchieste regionali importantissime, intese a stabilire la morbilità in un dato momento in una determinata città, al fine di rilevare le condizioni reali dell'assistenza sanitaria, domiciliare e ospitaliera.

I resultati ottenuti dalla Compagnia attraverso a questa ammirevole crociata sono imponenti: le sue statistiche di mortalità hanno cioè segnalato un notevolissimo miglioramento rispetto a quelle riguardanti la mortalità generale degli Stati Uniti.

Tale miglioramento, misurato in cifre, esprime un risparmio di *38* mila vite tra gli assicurati industriali della Compagnia dal 1911 al 1920; risparmio umano che, tradotto in valore economico, rappresenta un minimo di 7 *milioni* 530 mila dollari risparmiati dalla Compagnia in premi che da questa sarebbero stati pagati, se tali esistenze non fossero state salvate.

La diminuzione di mortalità tra gli assicurati dal 1911 al 1919 rappresenta, in confronto alla mortalità dell'area di statistica ufficiale americana, per gli stessi anni, il risparmio di *17 mila* 800 vite, per un valore di *3 milioni* 455 mila dollari: risparmio di pagamento di polizze.

Analizzando questi dati, si osserva che, per quanto riguarda la tubercolosi, la riduzione della mortalità per questa malattia è stata nel periodo dal 1911 al 1920 *tre volte* superiore a quello della mortalità generale, con un risparmio totale di *11 mila* vite. Le malattie organiche di cuore hanno nello stesso periodo mostrato tendenza all'aumento tra la popolazione civile, decisa tendenza alla diminuzione tra i lavoratori assicurati della «Metropolitan», con un risparmio di *3600* vite. Altrettanto si è rilevato dalle statistiche concernenti il cancro. Per quanto riguarda le malattie contagiose dei bambini, il risparmio di vite a carico dei figli degli assicurati somma a 2200 (1911-1920): la riduzione della mortalità è cioè maggiore di 2/5 che non tra la popolazione totale: esempi di tal genere si potrebbero moltiplicare all'infinito.

Tanto l'una che l'altra Compagnia pubblicano Bollettini periodici, tirati a molti milioni di esemplari, che vengono distribuiti regolarmente agli assicurati, che complessivamente tra le due Compagnie rappresentano circa 1/4 della popolazione totale degli Stati Uniti; il solo Bollettino della «Metropolitan» pubblica 5 milioni di esemplari in 50 edizioni differenti, una per ogni Stato.

Tanto l'una che l'altra Compagnia tendono con ogni energia ad attirare l'attenzione del pubblico sull'utilità di esami medici periodici dell'intera popolazione, a scopo preventivo.

La «Metropolitan», per esempio, ha scelto una cittadina di 12,000 abitanti, Frammingham, non lontana da Boston, e vi ha creato una stazione sanitaria condotta da medici ed infermiere che, visitando casa per casa, riescirono a persuadere la massima parte degli abitanti a sottomettersi ad esami medici, cui succedeva, in caso di bisogno, la cura gratuita.

I resultati furono i seguenti: su 1682 persone

esaminate, 82 % furono trovate bisognevoli di cure mediche, e l'84 % di tali affezioni era evitabile. Furono così scoperti 133 casi di tubercolosi ignorata.

Con gli stessi metodi ed allo stesso fine è sorto in America, per iniziativa del sig. Irving Fischer, professore di Economia politica all'Università di Yale, un Istituto chiamato «Life Extension Institute», cioè un Istituto per il prolungamento della vita. Ogni persona che vi si presenta è esaminata mediante onorari estremamente modici, da una serie di medici appartenenti a diverse specialità, in obbedienza a quei moderni criteri che hanno portato in America la così detta «*Medicina di Gruppo*» ad una così grande altezza.

Tra le pubblicazioni scientifiche della «Prudential» ci piace specialmente citare il mirabile libro di Hoffman sulla mortalità da cancro in tutto il mondo (1915, «The Prudential Presse»), che è, a nostra conoscenza, l'opera più perfetta attualmente esistente su questo argomento.

La mortalità da cancro nel mondo civile (ove esistono statistiche) eccede la cifra di *mezzo milione* all'anno ed i morti da cancro superano negli Stati Uniti i *90,000* per anno: e l'aumento della mortalità durante gli ultimi anni è stata del 2 %: ciò che supera il progresso di qualunque altra forma morbosa.

Importantissimi sono i capitoli che riguardano i rapporti tra cancro, tubercolosi, alcoolismo, artritismo, le malattie professionali, le statistiche sull'influenza dell'età e delle condizioni economiche e sopratutto le conclusioni sulla necessità di una grande campagna educativa in rapporto alla utilità della diagnosi e della cura precoce, unica via attualmente a nostra disposizione per diminuire le conseguenze del flagello.

Un recente lavoro del Roussy ci dimostra che anche in Francia la mortalità da cancro è cresciuta e rappresenta ormai il 4.5 % della mortalità generale, segnando 32,000 vittime all'anno.

Il materiale vasto e sceltissimo che su tali argomenti è stato acquisito alla Biblioteca dell'Istituto, ci consiglia a due ordini di lavori:

1° Riassumere in brevi opuscoli di propaganda la splendida opera di medicina preventiva, esercitata per spirito umanitario e per ben concepita economia, dalle grandi Compagnie di Assicurazioni Americane, e distribuire largamente tali opuscoli tra gli Istituti assicurativi italiani, statali e liberi, per esercitare su di essi un'azione di stimolo ad iniziare anche nel nostro Paese un'opera analoga, certamente indispensabile per preparare coloro che dovranno applicare le future leggi (medici e infermiere realmente edotti delle finalità della medicina preventiva) e le masse popolari che ne dovranno equamente approfittare, ma non abusare.

2° Convinti della necesssità di iniziare anche in Italia una campagna contro il cancro, mentre da noi non esistono nè gli Istituti scientifici, nè le Associazioni potenti che per tali fini fioriscono in altri paesi, approfitteremo del prezioso materiale acquisito all'Istituto per preparare gli opportuni documenti di propaganda, sia a scopo educativo per le masse, sia a scopo di stimolo per le classi dirigenti, sottoponendo tale materiale al giudizio dei competenti che costituiranno, speriamo presto, la futura Lega Italiana per la lotta contro il cancro.

Prof. ETTORE LEVI.

N. B. — L'Istituto Italiano di Igiene, ecc., ha trasportato la sua Sede in *Via Condotti, 33, Roma.* La Biblioteca dell'Istituto sarà giornalmente a disposizione di tutti coloro che vorranno approfittarne.

Cronaca del movimento professionale.

Gruppo sanitario fascista.

A Lucca, convocati dal Direttorio del Partito Nazionale fascista, si sono adunati i sanitarî delle varie categorie aderenti e iscritti al partito fascista, per procedere alla costituzione di un gruppo di competenza sanitario.

Il segretario politico parlò su l'organizzazione del gruppo e sulle modalità del suo funzionamento; il dott. Baldi, del Direttorio, illustrò la parte tecnica dell'organizzazione.

Dopo ampia discussione, cui presero parte il dott. Severo Bianchini, presidente del Consiglio provinciale e primario degli Ospedali, il dott. Petroni, il dott. Valeri, direttore dell'Ufficio d'igiene, il dott. Rocchi Burlamacchi, il capo sorvegliante dell'ospedale Luigi Imbasciati ed altri, venne deliberata la costituzione del gruppo, con l'accettazione a farne parte anche dei non iscritti al partito, riservando però solo ai fascisti il diritto di voto deliberativo.

Per la riforma delle tariffe medico-legali e dell'Istituto peritale.

Dal Congresso degli Ordini dei Medici dopo una dotta relazione del prof. BORRI, vennero emessi i seguenti voti e deliberazioni:

«Il Congresso Federale degli Ordini dei Medici, nella legittima attesa che una pronta, riparatrice legge dello Stato renda adeguata ai tempi e condegna al decoro del ceto Sanitario la tariffa giudiziaria tuttora in vigore dopo più che mezzo secolo dalla promulgazione, la quale assegna compensi irrisori ed umilianti per la funzione periziale della medicina pubblica; e nel fermo convincimento che ai mal disposti sistemi procedurali vigenti sia da attribuire la ragione prima onde l'istituto della prova per perizia risulta inconseguente ai fini oltre che ingiustamente caduto in ostentato discredito:

fa voti che S. E. il Ministro della giustizia voglia affidare allo studio di una Commissione mista di giuristi e di medici la elaborazione di nuovi ordinamenti di procedura i quali, rivendicando saggie e nobili tradizioni paesane di Collegi Medici consultivi e collaudatori restituiscano l'istituto suddetto alla dignità civile che gli com-

pete reintegrandone l'intrinseco pregio e l'affidativo valore.

« Il Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici, considerato che i medici furono già troppo lusingati da promesse di radicali miglioramenti delle tariffe medico-legali, mentre queste promesse si dimostrano in contrasto con fatti, quale l'atteggiamento di magistrati, che si permettono nel computo delle vacazioni da liquidare al medico perito, falcidie ingiustificate ed offensive per il decoro del sanitario; *delibera* che a datare dal 1° marzo 1922, qualora nel frattempo non sia avvenuta la promulgazione della promessa Legge, tutti i Sanitari d'Italia inizino l'attuazione dell'ostruzionismo alle operazioni peritali;

e dà mandato alla Presidenza Federale a che invigili che tutti gli Ordini Federati, ottemperino strettamente a tale deliberato.

* * *

« Mentre si attende, in relazione colla dignità e coi diritti della classe medica, la invocata riforma sulle perizie medico-legali, il VI Congresso Federale dà incarico alla Presidenza Federale di invitare gli organi centrali, e a tutte le Presidenze degli Ordini federati di invitare i magistrati della rispettiva giurisdizione, a non permettersi, nel computo delle vacazioni da liquidare ai medici periti, falcidie le quali impartiscano gratuitamente alla domanda del medico il carattere di una domanda sperequata ed ingorda ».

LA RUBRICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Tariffe postali per le stampe periodiche dirette all' Estero.

Il sen. Sanarelli, presidente dell'Associazione della Stampa Scientifica Italiana, ha inviato a S. E. il Ministro delle Poste la seguente lettera:

Roma, 17 gennaio 1922.

Eccellenza,

Prendo atto della risposta che V. E. si è compiaciuta di dare alla mia interrogazione sulle tariffe postali per le pubblicazioni periodiche spedite all'estero.

Nella mia qualità di presidente dell'Associazione della stampa scientifica Italiana, mi permetto di sottoporle ancora le seguenti considerazioni.

1) La facoltà di eseguire, all'estero, gli abbonamenti per l'Italia in conto corrente, cui si accenna nella risposta, non viene utilizzata se non in misura esigua, a causa del grave disagio che comporta, inquantochè i fascicoli devono ritirarsi dagli abbonati presso gli Uffici postali che eseguono l'abbonamento, invece di essere loro recapitati a domicilio.

Da un'inchiesta da me eseguita, risulta che negli Uffici postali esteri si tiene un registro dei fascicoli consegnati: ciò offre una garanzia, ma determina una perdita di tempo: a volte i fascicoli vengono consegnati ai singoli abbonati in gruppi di 4-5 o più, invece di essere consegnati regolarmente, a misura dell'arrivo.

Tutto ciò ha fatto sì che il numero degli abbonati in conto corrente all'Estero si sia venuto riducendo in modo notevolissimo: dalla mia inchiesta risulta che, mentre qualche anno addietro il giornale medico « Il Policlinico » contava una cinquantina di abbonati del genere, il loro numero è venuto gradatamente riducendosi, e nel 1921 si erano ridotti ad *uno solo* (in Egitto), il quale per il 1922 ha rinunziato a questa forma di abbonamento, trovandola troppo incomoda, mentre per il 1922 se ne ha di nuovo *uno solo* (in Svizzera). Gli « Annali d'Igiene » da me diretti non hanno mai avuto alcun abbonamento all'Estero in conto corrente!

In queste condizioni, non mi sembra serio di fare affidamento su tale modalità di abbonamento, il quale, in pratica, non ha corrisposto affatto.

2) In data 22 ottobre u. s., il Ministero delle Poste diramava una circolare alle amministrazioni dei periodici, affinchè comunicassero, all'apposito Ufficio del Ministero, i prezzi d'abbonamento all'interno per il 1922, qualora volessero profittare del servizio di conto corrente all'estero senza aumenti di spese, sotto minaccia di non iscriverli nell'apposito elenco, qualora la comunicazione fosse fatta dopo il 1° novembre. Sarebbe stato opportuno che in quella occasione il Ministero avvertisse che, nel 1922, sarebbero state inasprite le tariffe per le spedizioni all'estero, in quanto sarebbe stata soppressa la concessione già fatta nel 1921 per le spedizioni all'estero. E ciò affinchè gli editori potessero regolarsi e provvedere ad elevare od a tenere alta la quota d'abbonamento per l'estero o altrimenti controbilanciare l'aumento di spesa.

La mancanza di tale richiamo ha indotto a credere che la concessione avrebbe continuato ad avere vigore; perciò le tariffe non sono state aumentate, anzi sono state ridotte da molte amministrazioni (a titolo di esempio gli « Annali d'Igiene » dal prezzo di 50 franchi sono scesi a 60 lire, il che segna un ribasso sensibile, data l'altezza del cambio).

Le stesse considerazioni possono ripetersi per le tariffe all'interno, le quali sono state anch'esse aumentate a fin d'anno, quando i prezzi d'abbonamento erano già fissati. Sebbene l'aumento sia molto più tollerabile di quello praticato per l'estero, pure sarebbe stato bene che le amministrazioni ne fossero state avvisate in tempo; mentre la richiesta dei prezzi di abbonamento, fatta dal Ministero per il 1° novembre, dava adito a credere che nessun inasprimento sarebbe stato portato.

Oggi le amministrazioni vengono a trovarsi in disagio, specie per quanto concerne la tariffa per l'estero.

3) Difatti questa tariffa, quale risulta in seguito alle misure adottate, è molto elevata, date le precarie risorse dei nostri periodici scientifici e tecnici, la cui pubblicazione deve ascriversi, più che altro, al mecenatismo di qualche editore o ai sacrifizi di qualche studioso idealista. Questi periodici sono sempre passivi (tolte rarissime ecce-

zioni). Periodici i quali contavano una vita di decenni sono oggi costretti a scomparire a causa delle gravi difficoltà in cui si dibattono!

Le tariffe attuali costituiscono un forte gravame per amministrazioni così poco solide; basti dire che la spedizione di un fascicolo degli «Annali d'Igiene» all'Estero viene a costare da 75 centesimi ad oltre 1 lira!

Risultato: gli abbonamenti all'estero vengono ad essere scoraggiati; è così che la società «Editoriale» (cui è commessa l'amministrazione dei miei «Annali d'Igiene»), ha sospeso l'invio dei fascicoli di saggio delle sue pubblicazioni periodiche all'estero, sia perchè l'invio stesso è molto oneroso, sia perchè l'importo degli eventuali abbonamenti non coprirebbe, nel 1922, la spesa di spedizione.

V'è di peggio: vengono ad essere scoraggiati i cambi, i quali permettono alle pubblicazioni periodiche italiane di essere conosciute, diffuse ed apprezzate nella stampa periodica estera. È così che nel 1921 gli «Annali d'Igiene» contavano 223 cambi in tutti i paesi; ma l'amministrazione ha già fatto presente la necessità di ridurre in modo notevole questo numero, per limitare le spese postali, divenute insostenibili.

Se la diffusione della coltura italiana all'estero sta effettivamente a cuore della E. V., non dovrebbe indugiarsi oltre ad accordare alle Riviste che rappresentano gli esponenti del nostro progresso scientifico e tecnico e gli strumenti della nostra espansione intellettuale, una riduzione delle attuali tariffe postali per l'estero.

G. SANARELLI.

***

Questa lucida esposizione dell'illustre scienziato ci dispensa da qualsiasi ulteriore considerazione sulla grave misura del Ministero delle Poste, che tende a stroncare la diffusione dei periodici italiani all'Estero.

L'AMMINISTRAZIONE.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9217) *Aspettativa - Congedo.* — Dott. P. M. di M. S. — L'aspettativa per ragioni di famiglia, già usufruita non preclude l'adito a chiedere e ad ottenere il congedo annuale.

(9218) *Nomina del medico condotto.* — Dott. E. C. da A. delle F. — Nomina d'ufficio del medico condotto non è possibile nell'attuale stato della posizione consiliare in codesto Comune. Poichè, come Ella dice, metà del Consiglio è a Lei favorevole, faccia fare la domanda per convocazione straordinaria da un terzo di Consiglieri, a mente del disposto dell'art. 124 della legge Comunale. Ove, malgrado la convocazione del Consiglio comunale, non si potrà prendere alcuna decisione, la nomina sarà fatta dal Prefetto di ufficio ai termini dell'art. 321 della citata legge.

(9220) *Concorso per la nomina del medico condotto.* — Dott. A. T. da T. — Anche lo stato di servizio militare è sufficiente per dimostrare il servizio da Lei fatto sotto le armi e la invalidità conseguita. Quest'ultima, si prova sempre meglio con attestati medici rilasciati dalle autorità sanitarie competenti. Dopo la elezione del medico condotto, il concorso si esaurisce e non è più permesso tornare su di esso per nominare un altro, dopo che, puta caso, il nominato abbia rinunziato al posto. Subito dopo ottenuta la nomina a titolare o sol dopo pochi giorni di servizio, può chiedere un congedo straordinario per salute od anche l'aspettativa. Il Consiglio comunale, ove non disponga diversamente il Capitolato, può anche negare l'aspettativa.

(9221) *Ufficio d'igiene - Personale - Pensioni.* — Dott. G. B. da A. — Al personale dei Laboratorii e degli Ufficii d'igiene municipale, sempre che non abbiano per altro titolo personale diritto alla inscrizione alla Cassa di previdenza governativa, è applicabile la legge 6 marzo 1901, n. 88, riguardante i segretarii ed altri impiegati comunali, sempre quando il Comune non abbia un proprio regolamento per la concessione dell'assegno di quiescenza al personale dipendente, nel qual caso si applica tale regolamento, finchè non venga abrogato.

(9222) *Pagamento di interessi su stipendii arretrati.* — Dott. G. S. da S. G. in M. — Per avere gli interessi sulle somme dovutele per stipendii arretrati, è necessario che si premunisca di analoga sentenza del magistrato.

(9223) *Nomina ad ufficiale sanitario.* — Dott. F. F. da S. S. M. — Basta la lettera del Sindaco con cui Le si comunicava che per ordine della R. Prefettura era incaricata ad esercitare le funzioni di ufficiale sanitario, per costituire una buona prova dello stato di fatto costà esistente a riguardo a tale servizio. Se il Decreto è andato smarrito a Lei non importa, perchè con la esibizione della lettera sindacale dimostra molto bene la sua posizione giuridica. L'incarico, che ora esercita, Le potrà essere tolto solamente quando fosse nominato altro collega in base a concorso, giacchè gli incarichi provvisorii sono ora vietati e non è giusto di toglierlo ad uno per darlo ad un altro, che non potrebbe neanche averlo, essendo anche egli nominato medico condotto.

(9224) *Cura dei poveri raccolti nell'Ospizio di mendicità.* — Dott. A. P. da T. — Poichè tutti i poveri vecchi ricoverati nell'Asilo sono nullatenenti e, per ciò, aventi diritto a cura gratuita, non vi ha luogo a compenso da parte della Congregazione di Carità per la cura ed assistenza sanitaria che Ella loro presta.

(9225) *Stabilità.* — Dott. P. F. da S. — Con il primo del mese di gennaio 1922 Ella è diventata stabile in codesto Comune avendovi prestato, prima e dopo il concorso, oltre due anni di ininterrotto servizio.

(9226) *Esercizio professionale degli stranieri.* — Dott. V. T. da N. — Con lettera circolare del 19 dicembre 1910, n. 20400-S, il Ministero dell'Interno dichiarò che non concedeva alla Russia reciprocità di trattamento e, però, se le cose non sono ora mutate, non si può esercitare la profes-

sione in Italia da parte di un medico laureato in Russia.

(9227) *Inscrizione alla Cassa di previdenza.* — Dott. A. B. C. da L. — Perchè fosse obbligatoria la inscrizione alla Cassa di previdenza occorre una nomina regolare al posto, che si occupa. Non può ritenersi regolare la nomina alla carica di ufficiale sanitario fatta provvisoriamente a mezzo di un Decreto prefettizio, occorrendo, invece, il concorso. Non si ammettono iscrizioni facoltative. Le somme sborsate da coloro che cessano di essere inscritti alla Cassa di previdenza, non vengono restituite perchè vanno a beneficio della massa.

(9228) *Indennità cavalcatura.* — Dott. F. F. da R. — Se l'atto del R. Commissario, con cui Le si concedeva l'indennità di cavalcatura di L. 2000 all'anno, non fu approvata dalla G. P. A., non produce alcun effetto giuridico e sarebbe vano fare insistenze per ottenerne l'adempimento. Contro il diniego di approvazione, si può, però, ricorrere al Governo del Re, avendo la giurisprudenza esteso, oltre che al Prefetto ad al Consiglio comunale, a tutti gli interessati la Facoltà di inoltrare tale ricorso.

(9229) *Concorsi - Certificato di cittadinanza italiana.* — Dott. R. P. da C. A. — Dall'art. 27 del regolamento generale sanitario, non è prescritto che il certificato di cittadinanza italiana deve essere di data anteriore ai 6 mesi dal bando di concorso. I sei mesi sono prescritti per il certificato del casellario. Però se il Comune ha stabilito tal limite nel bando e ad esso hanno obbedito tutti gli altri concorrenti, non si poteva fare una eccezione per alcuno di essi, essendovi il danno e l'interesse di terze persone. Se Ella crede, potrebbe impugnare l'atto deliberativo con cui si procederà alla nomina del medico condotto, con ricorso diretto alla IV Sezione del Consiglio di Stato.

(9230) *Punizioni disciplinari.* — Dott. A. B. C. da T. — È naturale che il Comune non ha nessuna veste per infliggere punizioni disciplinari al medico condotto per fatti che non si riferiscono alla cura ed assistenza dei poveri, compresi nel relativo elenco. Se mancanze abbia commesse a carico di persone, non comprese in detto elenco e che paghino a parte le sue prestazioni, è competente a punire l'Ordine de' sanitarii della Provincia. Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

BAGNO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Scad. 15 febbr. Due cond. L. 8000 residenz., doppio c.-v., 8 trienni decimo, L. 3000 cav.; ad uno dei due cond. potrà concedersi indenn. L. 1200 disag. resid.

BIANZONE (*Sondrio*). — L. 5250, elevabili a 6000 dopo il biennio di prova, fino a 500 pov.; addizion. L. 2.50; indennità trasferta L. 630; mezzo trasporto L. 500; uff. san. L. 400; doppio c.-v. Capitolato concordato. Scade 15 febbraio. Serv. entro 15 g.

CASAPROTA (*Perugia*). — Ab. 1400; L. 6000 e 3 quinq. decimo p. pov.; c.-v.; L. 1000 disag. resid; L. 500 se uff. san. Non obbl. cav. Scad. 40 giorni dal 25 dic.

CIVITA D'ANTINO (*Aquila*). — Scad. 10 febbr.; residenz.; L. 6000 oltre L. 2000 cav. e L. 500 uff. san

FANANO (*Modena*). — Scad. 31 genn., 1ª cond.; L. 8000 con 10 aumenti del ventesimo, c.-v., indenn. cav., assicur.

LIMOSANO (*Campobasso*). — Poveri; L. 3000 (*sic*) e c.-v. concesso e da concedersi; età limite 39. Scad. 40 giorni dal 31 dic. Il locale Consorzio operaio assegna altre L. 5400 e casa gratuita di sei vani in tre piani, per i soci e famiglie — sempre che la scelta del medico verrà fatta di pieno accordo dall'Amm.ne Com.le e sociale; in difetto, quest'ultima si riserva piena libertà di scelta.

MELDOLA (*Forlì*). — Scad. 4 febbr. Condotta chirurgica ospitaliera; L. 10,000. Condotta medica ospitaliera; L. 9000. Ai due medici ospitalieri quota di cent. 50 sulla retta degli abbienti. Condotta del forese; L. 8000, oltre L. 2500 cav. Per le tre condotte 5 aumenti quadriennali di L. 800; doppio caro-viveri.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospedalieri.* — Primario oculista; L. 7000 e condizioni tutte del vigente organico e regolamento. Età-limite 44. Titoli ed esami. Pubblicazioni a stampa e una memoria inedita in 5 esemplari. Docum. al Protocollo del Consiglio Ospitaliero (via Ospedale, 5) non più tardi delle ore 16 del 28 febbr. Per ulter. informazioni rivolgersi alla Direzione.

MONTEGALLO (*Ascoli Piceno*). — A tutto 28 febbr.; L. 5500 obbligo resid., L. 1000 fino a 1000 pov., addizion. L. 2.50, per uff. san. L. 500, doppio c.-v., L. 2000 cavalc. Ab. 3769.

MONTEGALLO (*Ascoli Piceno*).— Ab. 3749; L. 6500 fino a 1000 pov., addizion. L. 2.50, L. 500 uff. san., L. 200 cav. Scad. 28 febbraio.

PALMIRA (*Potenza*). — Condotta poveri L. 4500; età non superiore ad anni 40; indenn. caro-viveri; uff. san. L. 1200, oltre caro-viv. Scadenza 20 febbr.

PIETRALUNGA (*Perugia*). — A tutto il 28 febbr.; L. 6000 oltre L. 2000 disag. resid., L. 2400 c.-v., L. 260 se uff. san. Le cond. sono due. Età lim. 40. Serv. entro 15 g. Chiedere annunzio.

PORANO (*Perugia*). — A tutto 15 febb.; L. 6000 per 1000 pov., doppio c.-v., addizion. L. 2; se gli abbienti fossero meno di 300 L. 1000 di residenza povera; L. 500 trasp.; L. 200 uff. san. e arm. farm.; 3 quinq. decimo. Servizio entro 15 giorni.

RUSSI (*Ravenna*). — L. 7500 (in corso miglioramenti), dieci bienni ventesimo, due c.-v., L. 2000 per cavalc.; retribuz. dagli abbienti in base a tariffa dell'Ordine. Scad. ore 16 del 15 febbraio. Età limite 40. Serv. entro 15 giorni.

S. VINCENZO VALLE (*Aquila*). — Scad. 10 febbr.; 3° rep.; L. 6000 oltre L. 2000 cav., doppio c.-v.

S. VENANZIO (*Perugia*). — A tutto il 20 febbr.; L. 6000 p. pov., metà tariffa per semi-abbienti, c.-v., L. 3000 cav., L. 1500 disag. resid., assicur. Serv. entro 20 giorni.

TAGLIUNO (*Bergamo*). — Consorzio con Calepio; alle ore 12 del 20 febbr.; L. 6500 per 1000 pov.,

L. 250 ogni 100 pov. in più fino a 2000, L. 300 oltre; 4 quinq. decimo; due c.-v.; L. 500 uff. san.; L. 500 bicicl.; ecc. Chiedere annunzio. Accettaz. entro 8 g., servizio entro 30.

VOLTA MANTOVANA (*Mantova*). — 1ª cond. e direttore operatore Civico Ospedale; L. 6750, doppio c.-v., L. 2000 cav., assegno speciale L. 1200 (in corso di approvaz.).

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Tavano, S. Pietro Val d'Astico e consorziati (Vicenza), Piombino (Pisa).

Conferma di diffide: province di Venezia e di Reggio Emilia (blocchi).

Revoca di diffide: Piadena-Vhò-Drizzone (Cremona), Aviano (Udine).

Il concorso alla condotta di Passignano del Lago (Perugia) è boicottato dalla Sezione dei medici condotti di Perugia, per il contegno di quel Comune verso la famiglia del compianto dottor Grifi.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il 6 gennaio vi fu assemblea ordinaria dell'Ordine di Venezia per la elezione del nuovo Consiglio. Quest'ultimo si riunì il 14 corr. per costituire la Presidenza. Il nuovo Consiglio riuscì così composto: presidente, prof. Carlo Pasinetti; segretario, dott. Giovanni Pichini; tesoriere, dottor Procida Ramina; consiglieri: dottori Ottorino Baroni, Alfonso Abbruzzetti, Antonio Garioni, Egidio Soldà.

L'Associazione Medica Svedese ha eletto suoi membri onorari nel 1921: Ducrey e Majocchi in Italia; Reichardt, Penzoldt, Heffser e Pick in Germania; Bordet nel Belgio; Rollier in Svizzera; Werneck Machado, Terra e Rabello nel Brasile; H. H. Meyer in Austria; Holst e Poulsson in Norvegia; R. Magnus in Olanda.

Nella Facoltà medica di Messina il prof. Nicola Pende è incaricato dell'insegnamento di clinica medica e il prof. Adolfo Ferrata dell'insegnamento di patologia medica dimostrativa.

Il dott. Mario Badini, chirurgo nell'Ospedale Maggiore di Milano, è nominato per meriti speciali commendatore della Corona d'Italia.

Il 1° fascicolo del 1922 (1° gennaio) della **SEZIONE MEDICA** del «Policlinico», che trovasi in corso di stampa, e che appena pronto spediremo subito ai rispettivi Signori Abbonati, contiene i seguenti lavori:

I. T. PONTANO e E. TRENTI: **La setticoemia meningococcica.**

II. G PETRAGNANI: **Per colorare le ciglia dei batteri** (con dimostrazione di speciali altri prolungamenti del corpo batterico).

III. G. ARTOM: **Le sindromi anatomo-cliniche del corpo striato.** (Rivista sintetica e critica).

Un grosso fascicolo di 60 pagine che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA** e **CHIRURGICA** potranno ricevere contro invio di cartolina-vaglia di L. 5 al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina 14, Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

Corso di perfezionamento in Clinica Chirurgica a Roma.

Col giorno 6 febbraio prossimo sarà iniziato presso la Clinica Chirurgica della R. Università di Roma, al Policlinico Umberto I, un corso di perfezionamento nelle *malattie chirugiche degli organi urinari*, per i laureati in medicina e chirurgia.

Tale corso si propone di far conoscere i progressi della diagnostica e della terapia chirurgica nel campo delle suddette affezioni e rendere pratici dei mezzi speciali di indagine e di cura in modo da completare la cultura dei chirurgi in questa branca resa oggi così importante per la frequenza delle malattie e per i progressi dei mezzi diagnostici e degli interventi operativi ed incruenti.

Saranno impartiti i seguenti insegnamenti:

Illustrazione clinica ed operazioni di casi di chirurgia urinaria (prof. Roberto Alessandri); Tecnica cistoscopica ed uretroscopica: terapia endoscopica (prof. L. Achille Bonanome); Mezzi di ricerca della funzione renale: separazione delle urine, funzione isolata dei due reni (prof. Eugenio Pirondini); Esercitazioni sul phantoma: esami di urine, esplorazioni vescicali ed uretrali (dott. Augusto Cassuto); Semeiotica clinica nelle lesioni degli organi urinari (prof. Leonardo Dominici); Medicina operatoria degli organi e vie urinarie (professor Nicola Leotta); Indagini e tecnica radiologica nelle affezioni delle vie urinarie, pielografia, cistografia, ecc. (dott. Alessandro Bianchini).

I proff. Raffaele Bastianelli e Oreste Margarucci terranno anche settimanalmente illustrazioni di casi clinici di malattie urinarie, seguiti dalle operazioni relative.

Per essere ammessi occorre il diploma o certificato di laurea in medicina e chirurgia (anche di Università estere); quietanza di L. 300 rilasciata dall'Economo dell'Università; sopratassa di lire 78.90.

Alla fine del corso, quelli che l'avranno frequentato regolarmente e che avranno superato la prova di esame, riceveranno un diploma di perfezionamento nelle malattie chirurgiche degli organi urinari.

Corso accelerato di patologia e clinica della tubercolosi a Genova.

Dal 14 febbraio al 18 marzo 1922 sarà tenuto un corso accelerato sulla patologia e sulla clinica delle malattie tubercolari nella Clinica Medica della R. Università di Genova.

Il corso è essenzialmente pratico e consisterà:

a) in esercitazioni e dimostrazioni cliniche;

b) in esercitazioni diagnostiche con speciale riguardo alla diagnosi precoce della tubercolosi ed al suo accertamento;

c) in dimostrazioni radiologiche;

d) in esercitazioni di laboratorio;

e) in conferenze sulla patologia e sulla clinica della tubercolosi;

f) in illustrazioni casuistiche per la valutazione forense della tubercolosi traumatica.

Le varie parti del corso saranno tenute dai seguenti professori:

Sen. prof. E. Maragliano, direttore Istituto di Clinica Medica: *Patologia e clinica della tubercolosi e delle malattie tubercolari con speciale riguardo a quelle dell'apparato respiratorio.* — Professor P. Canalis, direttore Istituto d'Igiene: *La profilassi della tubercolosi.* — Prof. P. Trambusti, direttore Istituto Patologia Generale: *La biologia del bacillo tubercolare.* — Prof. P. Livierato, direttore Istituto Patologia Speciale Medica: *L'apparato circolatorio nella tubercolosi polmonare.* — Prof. G. Masini, direttore R. Clinica Oto-rino-laringoiatrica: *Malattie tubercolari del laringe.* — Prof. D. Pacchioni, direttore R. Clinica Pediatrica: *La tubercolosi dei bambini.* — Prof. G. Perrando, direttore Istituto di Medicina Legale: *Valutazioni forensi della tubercolosi traumatica* (illustrazioni casistiche). — Prof. A. Fabris, direttore Istituto di Anatomia Patologica: *Anatomia patologica della tubercolosi polmonare.* — Prof. G. Tusini, direttore R. Clinica Chirurgica: *La tubercolosi chirurgica.* — Prof. E. Morselli, direttore R. Clinica Psichiatrica: *La tubercolosi in Psichiatria.* — Prof. I. Olivio, direttore R. Clinica Ostetrico-Ginecologica: *La tubercolosi in ostetricia ed in ginecologia.* — Prof. G. Ovio, direttore R. Clinica Oculistica: *La tubercolosi oculare.* — Prof. F. Radaeli, direttore R. Clinica Dermosifilopatica: *La tubercolosi cutanea.* — Prof. Vittorio Maragliano, direttore Istituto di Radiologia: *La radiologia nella diagnosi delle malattie tubercolari.*

Le esercitazioni cliniche saranno tenute nella sala della R. Clinica Medica, nel Dispensario Antitubercolare e nell'Istituto di Accertamento Civile esistente presso di essa, presso l'Istituto di Patologia Speciale Medica, presso la Clinica Chirurgica, presso le varie Cliniche speciali e presso l'Istituto di Anatomia Patologica, di Igiene e di Medicina Legale.

Al corso possono iscriversi i laureati delle varie Università del Regno ed anche medici stranieri.

A coloro che avranno frequentato con regolare assiduità il corso sarà rilasciato un apposito certificato.

L'iscrizione è gratuita. Per iscriversi inidirizzarsi alla Direzione dei Corsi accelerati sulla tubercolosi presso la Clinica Medica della R. Università di Genova.

Corso di perfezionamento nell' Università di Napoli in Idrologia, Elettro-Radiologia e Terapia fisica.

Questo corso ufficiale, iniziato nell'Università di Napoli fin dal 1913, ha per scopo di completare in dette discipline, con intenti prevalentemente pratici, la cultura dei medici e sopratutto di quelli che debbono esercitare negli Stabilimenti termo-minerali e di cure fisiche.

Gli insegnamenti fondamentali vengono impartiti, dal prof. P. Marfori, per la parte Idro-crenologica (Crenologia e Crenoterapia - Indicazioni e controindicazioni delle acque minerali e delle cure termominerali), e dal prof. F. P. Sgobbo, per la parte Elettro-Radiologica (Radiodiagnostica e Radioterapia - Elettrodiagnostica ed Elettroterapia).

A completare il programma è stato affidato al prof. A. Chistoni l'insegnamento della Crenologia sperimentale e della Climatologia, ed al prof. G. Iafolia quello della Kinesiterapia e del Massaggio.

Per integrare l'istruzione dimostrativa si faranno visite agli Stabilimenti termo-minerali e di cure fisiche.

Il corso avrà la durata dal 15 febbraio al 31 marzo. L'orario verrà stabilito in modo da permettere l'assistenza ad altri corsi. In seguito ad esame verrà rilasciato un diploma di abilitazione che porterà la firma del Rettore Magnifico e del Direttore del corso.

La tassa d'iscrizione è di L. 250 e la tassa di diploma è di L. 50, da versarsi all'Economato della R. Università. Le domande di iscrizione, indirizzate al signor Rettore della R. Università, saranno presentate al Direttore del corso prof. P. Marfori, S. Andrea delle Dame, n. 21, in Napoli, entro il 10 febbraio p. v.

Possono iscriversi al corso i laureati in medicina e chirurgia ed i laureati in chimica e farmacia.

Corso di perfezionamento in gastro-enterologia a Vienna.

Dal 13 al 25 febbraio avrà luogo, presso la Facoltà medica di Vienna, un corso di perfezionamento sulle malattie degli organi digerenti. Lezioni ed esercitazioni verranno impartite tutti i giorni dalle 8 alle 11 am., e dalle 4 alle 7 pm. in varie cliniche, ospedali e istituti di cura dai proff. J. Tandler, K. Schwartz, R. Kaufmann, N. Jagic, O. Porges, A. Biedl, K. F. Wenckenbach, K. von Noorden, A. Herz, J. Schnitzler, H. Falta, A Fröhlich, J. Pal, A. Decastello, E. Pick, M. Weinberger, L. Mannaberg, A. Schiff, R. Singer, J. Wiesel, O. Fürth, E. Chvostek, C. Sternberg, N. Ortner, K. Ewald, H. Schlesinger, C. Pirquet, B Schick, H. Eppinger, ecc., da docenti, primari ed assistenti. Chi intende partecipare al corso è pregato d'inviare il nome, il titolo e l'indirizzo al segretario Dr. A. Kronfeld, Wien IX, Porzellangasse 22 e comunicare anche l'eventuale richiesta di alloggio. È fissata una tassa variabile con la nazionalità: per gl'italiani di 10,000 corone. Gli uffici dei corsi di perfezionamento hanno sede in Vienna IX, Frankgasse 8: quivi saranno rilasciate le tessere.

Un altro corso di perfezionamento viene organizzato per il mese di giugno, sulla medicina interna e sue zone limiti, con particolare riguardo alla terapia.

Oltre ai corsi di perfezionamento si tengono corsi speciali continuativi sopra vari campi della medicina: medicina interna, chirurgia e ortopedia, ginecologia e ostetricia, malattie cutanee e veneree, neurologia e psichiatria, laringo-rinologia e otologia, ecc. Per le informazioni relative (organizzazione, tasse, ecc.), rivolgersi alla Facoltà medica (Wien 1, Ring des 12 November. Universität).

A proposito di libere docenze.

Riportiamo dall'*Avvenire Sanitario*:

Fino al maggio p. v., giusta un recente decreto, non si conferiranno libere docenze; le domande presentate dal 1° maggio 1921 in poi avranno corso solo se intese ad ottenerle per titoli. Avranno altresì corso le domande per titoli ed esami, presentate prima della pubblicazione del decreto 26 maggio 1918, quando le Commissioni giudicatrici siano state già costituite anteriormente al decreto stesso.

Per un più umano sistema carcerario.

Il Ministro dell'Interno ha diramato ai Direttori degli stabilimenti carcerari una circolare relativa alla segregazione cellulare. Essa fa parte di una serie di provvedimenti che da tempo il Ministero, per mezzo della Direzione generale delle carceri, va attuando circa il regime carcerario.

Tra le modificazioni sono: più ampie concessioni di aria, luce; ricreazione della mente mediante biblioteche, conferenze e scuole, e del fisico mediante lavori ed esercizi manuali, secondo le attitudini personali e le prescrizioni dei medici e dei dirigenti. Inoltre sono concessi più larghi poteri ai medici ed al personale preposto alla vigilanza ed all'assistenza.

Per le levatrici.

In merito alla notizia pubblicata sotto questo titolo nel fasc. 1°, la presidenza della Federazione Italiana fra gli Ordini delle Levatrici, con sede a Ferrara, ci scrive per rilevare che la encomiabile iniziativa del dott. Carlini è personale e che per ciò la fondazione del periodico «La Ginecologia pratica» non è stata decisa dal Congresso di Ferrara. In occasione di questo Congresso le ostetriche hanno deliberato di ingrandire e modificare il loro Bollettino.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Archivio italiano di chirurgia, nov. 1921. — G. B. C. FULLE. Ferita della cistifellea e colemia sperimentale. — CASSANELLO R. Sarcoma puro parotideo.

Archives des maladies du cœur. — L. BERD. Sui rumori di miagolio. — C. LAUBRY, L. MALLET, F. HIRSCHBERG. Esame radiologico del cuore in posizione trasversa sinistra.

Berliner Klinische Wochenschrift, 21 novemb. — AUFRECHT. La produzione dei calcoli biliari e come impedirla. — W. GRENEL. Le iniezioni intracardiali.

Bull. de l'Acad. de Médecine, 8 nov. 1921. — G. BROUARDEL e L. GIROUX. La tubercolosi polmonare detta traumatica. — M. MERY. Infezione intestinale setticemica e autovaccinazione colibacillare.

Il 1° fascicolo del 1922 (15 gennaio) della **SEZIONE CHIRURGICA** del "*Policlinico*„ che trovasi in corso di stampa, e che appena pronto spediremo subito ai rispettivi Signori Abbonati, contiene i seguenti lavori originali:

I. PAUCHET: **Le due costipazioni**.

II. O. CIGNOZZI: **Semplificazione di tecnica della cura radicale dell'ernia inguinale.**

III. L. GOBBI: **Contributo allo studio dei tumori endoteliali.**

IV. C. ROMITI: **Parotite cronica policistica.**

V. F. SPECIALE: **Su le cosidette pericoliti membranose.**

Grosso fascicolo di 64 pagine che gli Abbonati alle sole sezioni **PRATICA** e **MEDICA** potranno ricevere contro invio di cartolina-vaglia di L. 5 al Cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 6 Febbraio 1922 Fasc. 6

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. TULLIO LUZZATTI, incaricato.

Ricerche sperimentali sulla reazione di Wassermann nei bambini.

2ª nota dei dottori S. DE VILLA e A. RONCH.

Nella nostra nota precedente (*Policlinico*, Sezione pratica, fasc. 24, 1921) abbiamo detto dei metodi chimici di precipitazione eseguiti nella nostra Clinica, onde vedere se potevano essere di sussidio diagnostico nella sifilide ereditaria.

In questa seconda nota riferiremo ricerche da noi eseguite per circa due anni onde cercare di interpretare la natura della Reazione di Wassermann, onde vedere se il carattere biologico di essa, la sua specificità, già scossa dalle osservazioni citate nella nostra antecedente nota, avesse o no una conferma da prove sperimentali, vedere cioè se la teoria degli anticorpi e antigeni avesse un riscontro nel campo comune della chimica generale, e quali corpi chimici semplici o complessi rappresentassero ambocettore ed antigene.

Comparsa la R. W. sotto l'etichetta di reazione biologica vera e propria, specifica per la spirocheta pallida o suoi prodotti, ha avuto come poche delle reazioni di laboratorio, l'onore delle più importanti discussioni da parte degli scienziati di tutto il mondo, ed è stata oggetto di critiche spietate e di eccessiva fiducia: è inutile spiegarne la ragione data l'importanza che il risultato di essa può avere nella Clinica e nella Società.

Diciamo subito che dalle esperienze dei vari autori, fatte più numerose in questi ultimi an-

ni, il carattere biologico puro della reazione è andato man mano perdendo valore e si è fatta strada quello di reazione fisico-chimica fra corpi chimici ben definiti e anche dalle nostre esperienze, che ora riferiremo, ci pare di poter concludere che la dicitura di reazione fra antigeni ed ambocettori nel senso di Erlich e della dottrina della immunità, può essere sostituita da quella di reazione fra un corpo chimico *A*) ed uno *B*) chimicamente accertati.

Cominciamo dall'antigene.

Per accennare soltanto di sfuggita alla storia degli studi sulla natura dell'antigene, diremo che Porges, Menier, Elias, Neubauer, Salomon, Levaditi, Yamanouki, Sachs, Altmann, Fleischmann, Bauer, Rondoni, Micheli, Brüch, Liefmann credono che le sostanze contenute nell'antigene e che si mescolano col siero luetico siano lipoidi o saponi. E si può dire, per non fare più altre citazioni, che riguardo alla natura dell'antigene quasi tutti gli autori siano concordi: una osservazione sulla quale tutti concordano è quella che gli estratti dei vari organi, ricchi di sostanze lipoidi, possono servire da antigene come il fegato di feto eredoluetico o sano, il cuore di cavia, di bue, i lipoidi puri stessi come la lecitina, colesterina. Ciò fa pensare che dalla parte dell'antigene sia un lipoide che agisca.

Non è più dunque l'agente specifico della sifilide, la Spirocheta di Schaudinn, che funziona da antigene nella R. W., come si credeva anche dallo stesso Wassermann quando usando l'estratto di fegato eredoluetico, ricco di spirochete, credette di applicare per la diagnosi di sifilide la reazione della fissazione del complemento di Bordet e Gengou cioè la reazione di un ambocettore per germi, chè anzi culture pure di spirochete non servono per la R. W., ma un corpo chimico ben definito, un lipoide o più lipoidi insieme che si combinano col corpo X del siero luetico.

Noi colle esperienze che veniamo esponendo, siamo convinti di aver portato scientificamente una prova sicura della natura lipoide dell'antigene.

Abbiamo eseguita la R. W. mantenendo tutti i componenti usuali di questa reazione, sostituendo soltando all'antigene (estratto alcoolico di fegato eredo-luetico) varie diluizioni alcooliche, cloroformiche e acquose di colesterina purissima, fornitaci dal prof. Serono, direttore dell'Istituto Medico Farmacologico di Roma. Parallelamente abbiamo praticato altre R. W. usando invece della colesterina un altro lipoide, estratto da Serono stesso dal cervello.

Successivamente abbiamo usato una mescolanza di vari lipoidi, come colesterina, mielina, lipoide Serono.

Eccone i risultati:

Tavola I.

SIERI	R. W.	Colesterina in soluzione cloroformica 1 % usata come antigene							
		0,02	0,04	0,06	0,08	0,10	0,25	0,30	0,50
N. 25	— — —	— — —	— — —	— — =	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —
N. 25	— —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —
N. 25	+ + +	— — —	— — —	— — —	— — —	+ — —	+ + —	+ + —	+ + —

Come si vede la soluzione cloroformica di colesterina all'1 %, usata come antigene, coi sieri completamente R. W. neg. (— — —), non cambia in nulla i risultati dell'emolisi coi sieri parzialmente negativi (— —); l'emolisi è più completa, coi sieri R. W. pos. (+ + +) non è completo l'impedimento all'emolisi, ma è manifesto parzialmente già al titolo di 0.10.

Potendo supporre che la maggior tendenza all'emolisi fosse dovuta al mestruo cloroformio (usammo tale mestruo da prima perchè in alcool la colesterina pura non sta in soluzione perfetta ma precipita in parte), ripetemmo l'esperienza con colesterina in diluizione alcoolica al 0.712 % poichè a tale concentrazione e a T. ambiente (20°-25°) si ha soluzione limpida (V. Serono-Palozzi: *Sui lipoidi contenuti nel torlo d'ovo*. - *Arch. Farm. sper.*, ecc., anno X, vol. XI, 1911).

Come si vede la colesterina in soluzione alcoolica usata come antigene con sieri completamente negativi, non muta l'intensità dell'emolisi, con sieri parzialmente negativi lascia la stessa parzialità nell'emolisi, e con sieri R. W. pos. si ha impedimento completo all'emolisi già al titolo di 0,10 ed un accenno al tit. 0,04.

Volemmo provare anche un'emulsione acquo-

sa di colesterina, ma la difficoltà di distribuire ugualmente la quantità di emulsione per ogni titolo ci diede risultati non sempre concordanti. Tuttavia su 25 sieri pos. (+ + +) con qualche oscillazione in più o in meno ottenemmo pressapoco i risultati avuti colla soluzione cloroformica riportati nella tab. n. 1, vale a dire una tendenza all'impedimento all'emolisi attorno al titolo di 0,10.

Un'altra serie di esperienze è quella praticata col lipoide Serono, diluito nei tre soliti mestrui.

Il lipoide Serono in soluzione cloroformica dà la stessa maggior tendenza all'emolisi che la soluzione cloroformica di colesterina, però l'impedimento alla emolisi coi sieri R. W. pos. (+ + +) è maggiormente evidente, poichè già a 0,08 vi è un accenno, mentre il primo accenno colla colesterina era a 0,10.

Il lipoide Serono in soluzione alcoolica usato come antigene coi sieri R. W. neg. completamente non modifica l'intensità dell'emolisi, coi sieri R. W. parzialmente negativi (— —) pure non cambia nulla alla reazione, coi sieri R. W. (+ + +) agisce molto attivamente da antigene poichè già al titolo di 0,02 si ha accenno all'impedimento della emolisi e a 0,06 si ha impedimento completo.

Le esperienze fatte coll'emulsione acquosa hanno le stesse difficoltà dell'emulsione acquosa di colesterina e si ottengono press'a poco gli stessi risultati.

Una terza serie di esperienze consiste nell'aver usato una mescolanza di lipoidi e cioè co-

Tavola II

SIERI	R. W.	Colesterina in soluzione alcoolica usata come antigene						
		0,02	0,04	0,06	0,08	0,10	0,35	0,50
N. 25	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —
N. 25	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —
N. 25	+ + +	— — —	+ — —	+ — —	+ + —	+ + +	+ + +	+ + +

Tovola III.

SIERI	R. W	Lipoide Serono in soluzione cloroformica usato come antigene						
		0,02	0,04	0,06	0,08	0,10	0,25	0,50
N. 25	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —
N. 25	— —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —
N. 25	+ + +	— — —	— — —	— — —	+ — —	+ — —	+ + —	+ + —

Tavola IV.

SIERI	R. W	Lipoide Serono in soluzione alcoolica usato come antigene						
		0,02	0,04	0,06	0,08	0,10	0,25	0,50
N. 25	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —
N. 25	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —
N. 25	+ + +	+ — —	+ + —	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +

lesterina, mielina e lipoide Serono, in soluzione alcoolica al 0.60 %.

Questa terza serie di esperienze dà la più brillante conferma all'ipotesi della natura lipoide dell'antigene nella R. W., poichè la sostituzione di un gruppo di lipoidi all'antigene comune, usato per la reazione, ha dato gli stessi risultati cogli stessi sieri.

Tavola V.

SIERI	R. W	Soluzione lipoide mista usata come antigene						
		0,02	0,04	0,06	0,08	0,10	0,25	0,50
N. 25	– – –	– – –	– – –	– – –	– – –	– – –	– – –	– – –
N. 25	– –	– –	– –	– –	– –	– –	– –	– –
N. 25	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +

Come dicevamo precedentemente la questione della natura dell'antigene pare ormai esaurientemente risolta, nel senso che tutti convengono che si tratti di lipoidi. Dove invece la questione è ancora molto dibattuta è nell'interpretazione del corpo « X » che nei sieri luetici si combina coll'antigene e provoca la fissazione del complemento nella R. W. e precipita invece nelle reazioni sierochimiche.

Montlauer, Gaucher, Paris, Desmoulières, Louste, credono che si tratti pure di un corpo lipoide e considerano la R. W. come una reazione chimica da lipoide a lipoide.

Almagià crede che il siero sifilitico contenga in combinazione inattiva una sostanza inibitrice del complemento e che l'acido oleico o le altre sostanze lipoidi la liberino dalla sua combinazione.

Pick e Pribam hanno trovato che estraendo con l'etere le sostanze lipoidi, il siero mantiene non solo la proprietà di dare la R. W. ma diviene atto a legare più intensamente il complemento anche senza l'aggiunta di antigene. Questi AA. hanno dimostrato che i lipoidi si comportano differentemente nei sieri normali e nei sifilitici, ma parlano di lipoidi *in toto* senza specificare.

Louste, aggiungendo colesterina al siero di sangue di animali ed usando vari antigeni, ha visto che fino a 2 gr. per litro, si ha R. W. negativa, questa diventa positiva al tasso di 2.50-3 gr. di colesterina, e ridiventa negativa al di sopra di 3 gr.

Montlauer, aggiungendo al siero oltre la colesterina, la lecitina e acidi grassi, ha ottenuto gli stessi risultati.

Alle stesse conclusioni è venuto Kaplan con l'aggiunta di bile al siero di sangue. Noi non possiamo convenire coi risultati di questi tre ultimi autori, prima di tutto perchè noi i mutamenti nella R. W. li abbiamo ottenuti colla colesterina ma usata come antigene non come ambocettore, poi per le esperienze che ora verremo esponendo che provano indubbiamente che è da escludersi la natura lipoide dell'ambocettore luetico. Di più noi, come vedremo, abbiamo ricercato e dosato la colesterina stessa nei sieri ed abbiamo visto come questa non abbia nessun rapporto quantitativo colla positività e negatività della R. W.

Ricerche di Bory cominciarono ad attirare l'attenzione sulle globuline del siero luetico: con l'aggiunta di esse l'A. vide modificazioni nella Wassermann (globuline di siero di cavallo ottenute per precipitazione, lavate e disseccate). Aggiungendo globuline al siero R. W. negativo ottenne reazione positiva, togliendone a sieri R. W. positivi ottenne reazione negativa.

Noguki, Widal, Joltrain, Bernard, Dungern stabilirono con ricerche adatte le proporzioni fra globuline e albumine nel siero di sangue di sifilitici con R. W. positiva in rapporto a sieri di sangue di sifilitici con R. W. negativa e a sieri di individui sani.

Borbonnise stabilì questo rapporto nei liquidi cefalo-rachidiani.

Ravalte iniettò del salvarsan nello speco vertebrale di individui con R. W. posit. nel liquor ed ottenne reazione negativa, aggiunse globuline a questi liquor e riottenne reazione positiva.

C. Vincent ottenne R. W. positiva con liquidi c. r. di individui affetti da tumor cerebri, ricchi in albumina.

L'importanza delle globuline è negata da Grosse, Volk, Bauer, Hirsch: essi videro che sieri normali ricchi di globuline (4 %) davano R. W. negativa, mentre sieri di sifilitici con il 2 % di globuline davano R. W. positiva.

Forse non è la quantità di globuline del siero che procura la reazione di fissazione del complemento ma le modificazioni che le globuline qualitativamente subiscono nei sieri luetici.

Per Friedmann esiste un antagonismo fra le globuline e le albumine del siero: nel siero normale le prime impedirebbero alle seconde di fissare il complemento, nel sifilitico invece le globuline non sarebbero influenzate dalle albumine.

Vernes in una serie di pubblicazioni ha sostenuto che le modificazioni constatate nei sieri sifilitici sono di natura esclusivamente fisica. In presenza di una sospensione colloidale il siero sifilitico precipita in modo differente dal siero normale. Egli ha adoperato successivamente come sospensione colloidale l'idrato di ferro giallo, poi il perethinol (soluzione alcoolica di cuore di cavallo fresco, tritato, dissecato e ripreso successivamente per molte volte col perclururo di etilene e l'alcool).

Vernes regola la sospensione di perethinol in modo che essa non sia precipitata in fiocchi fini dal siero normale, ma lo sia dal siero sifilitico. Eli arriva con ciò a misurare l'aumento del potere precipitante che la sifilide produce nel siero.

Si potrebbe apprezzare direttamente questa precipitazione, ma spesso riesce difficile così che egli ha dovuto ricorrere a un processo indiretto.

Gross e Volck con numerose esperienze riuscirono a stabilire quanto segue:

a) che le sieroglobuline hanno un'azione anticomplementare;

b) che l'euglobulina di siero normale o luetico da sola o con estratto inibisce l'azione del complemento;

c) che la pseudoglobulina non riscaldata dà sempre inibizione dell'emolisi, riscaldata a 56° dà una leggera inibizione solo in presenza di estratto, ma questo succede tanto per i sieri normali che luetici; perciò questi risultati non provano nessuna azione anticomplementare specifica.

Levi della Vida fece ricerche su sieri sifilitici con R. W. positiva. Tali sieri riscaldati per mezz'ora a 56° e sottoposti alla dialisi per la durata di 8-10 giorni in acqua corrente e distillata furono trattati fin quasi a saturazione con NaCl. Separate con la filtrazione le frazioni di albumina e globulina fu eseguita la R. W. I risultati furono che la frazione albumina mescolata con antigene ha una netta azione complementare mentre ne è sprovvista la frazione globulina. Eseguì pure esperienze con siero non inattivato e vide che l'azione complementare era dovuta ora alle albumine ora alle globuline.

Le nostre esperienze hanno avuto di mira prima di vedere se i corpi lipoidi potevano funzionare da ambocettore, poi escluso eventualmente questa proprietà, vedere con varie sostanze quali di queste potessero legarsi all'antigene e fissare il complemento.

Per la prima parte delle esperienze ci siamo serviti della soluzione alcoolica mista di lipoidi, usata per le esperienze della tab. V e l'abbiamo aggiunta a sieri sicuramente sani e con R. W. neg. Se il corpo « X », ambocettore luetico fosse appartenuto ai corpi lipoidi qualche modificazione nel risultato della reazione avremmo dovuta notarla.

Come si vede, coi sieri R. W. positivi non abbiamo avuto nessuna modificazione fino a che la quantità di siero era in sufficiente quantità, e fin dal titolo di 0,06 di lipoidi come ambocettore, l'emolisi cominciava a manifestarsi. Coi sieri neg. nessuna modicazione. Questi risultati del resto ce li aspettavamo, poichè se il miscuglio lipoide aveva funzionato così bene da antigene difficilmente poteva avere altre azioni. Abbiamo voluto tuttavia praticare l'esperienza come riprova anche perchè altri autori, come abbiamo visto (Louste, Montlauer,

Tavola VI.

SIERI	R. W.	Lipoidi misti usati come ambocettore.						
		0,02	0,04	0,06	0,08	0,10	0,25	0,50
N. 25	+++	+++	+++	+−−	−−−	−−−	−−−	−−−
N. 25	++	++	++	+−	+−	−−	−−	−−
N. 25	−−−	−−−	−−−	−−−	−−−	−−−	−−−	−−−
N. 25	−−	−−	−−	−−	−−	−−	−−	−−

Kaplan) riferirono di risultati di esperienze che attribuivano alla colesterina una funzione di ambocettore nella R. W.

Ad ogni modo poichè le nostre esperienze di risultato negativo potrebbero non avere sufficiente valore di fronte a quelle positive degli AA. su citati, abbiamo voluto istituire un'altra serie di esperimenti, i risultati dei quali non solo deponessero negativamente contro la ipotesi della natura lipoide dell'ambocettore luetico ma indicassero eventualmente la natura di questo ambocettore. E abbiamo pensato di praticare la R. W. usando come ambocettore prima, poi come antigene, successivamente e il latte, il colostro, il siero di latte, il siero di colostro di donna sana e di donna luetica. Si sa che il latte di fronte al colostro è più ricco di sostanze lipoidi mentre il colostro è rispettivamente più ricco di sostanze proteiche, e che centrifugando il latte e il colostro si allontana da essi la maggior parte dei grassi e resta invece la maggio rparte di albuminoidi.

Il latte di donna intero e sano usato come antigene riesce ad impedire l'emolisi al titolo di 0,08 incompletamente e a 0,25-0,50 completamente.

Con i sieri sani non impedisce mai.

Secondo i concetti informativi dell'esperimento è probabilmente da attribuire questo risultato ai lipoidi del latte di donna sana. Vediamo come si comporta il latte di donna luetica.

Il latte muliebre intero e luetico usato come antigene con sieri luetici si comporta press'a poco come il latte intero di donna sana, mostra però una maggior tendenza all'impedimento all'emolisi.

Con sieri sani l'emolisi non vien mai impedita, come col latte di donna sana.

Per controprova all'ipotesi che i lipoidi del latte abbiano funzionato, sia pur lievemente da antigene, abbiamo usato lo stesso latte intero sano e luetico come ambocettore.

Come si vede il latte muliebre intero sia di donna sana che luetica, usato come ambocettore non riesce mai ad impedire l'emolisi. (Il lieve impedimento notato al titolo di 0,50 ha poco valore dato l'alto titolo usato). Questo risultato conferma del resto quello ottenuto usando i lipoidi puri come ambocettori (v. Tab. VI).

Probabilmente le poche sostanze albuminoidi del latte di donna, specie in presenza della maggior quantità di corpi grassi non possono avere nessuna influenza per dare la fissazione del complemento. Ad ogni modo noi abbiamo voluto separare queste sostanze albuminoidi del latte, centrifugandolo e col siero istituire delle esperienze usandolo e come antigene e come ambocettore.

Tavola VII.

SIERI	R. W.	Latte muliebre intero e sano usato come antigene						
		0,02	0,04	0,06	0,08	0,10	0,25	0,50
N. 10	+++	---	---	---	+--	++-	+++	+++
N. 10	+++	---	---	---	---	+--	++-	+++
N. 5	+++	---	---	---	+--	+--	+--	++-
N. 10	---	---	---	---	---	---	---	---

Tavola VIII.

SIERI	R. W.	Latte muliebre intero luetico usato come antigene						
		0,02	0,04	0,06	0,08	0,10	0,25	0,50
N. 12	+++	---	---	---	+--	+--	++-	+++
N. 8	+++	---	---	---	+--	+--	+--	++-
N. 4	+++	---	---	---	++-	++-	+++	+++
N. 10	---	---	---	---	---	---	---	---

Il siero di latte muliebre, sia sano che luetico, usato come antigene, non riesce mai ad impedire l'emolisi. Questi risultati vengono sempre più a confermare l'ipotesi che le sostanze del latte che riuscivano ad impedire l'emolisi nelle esperienze delle tavole VII e VIII, fossero le lipoidi. Ma per maggior conferma abbiamo usato questo stesso siero di latte come ambocettore.

Mentre il latte intero di donna sana non dava mai impedimento all'emolisi e quello di donna luetica dava appena un accenno ad alto titolo, vediamo che il siero di latte di donna sana dà un accenno non calcolabile perchè solo ad alto titolo e il siero di latte di donna luetica, usato come ambocettore tende ad impedire l'emolisi al titolo di 0.25 e qualche volta anche a 0.10. Confrontando coi risultati del siero di latte usato come antigene che non riesce mai ad impedire l'emolisi si vede come sia probabile che i corpi che agiscono da ambocettore siano di natura albuminoide. *(Continua)*.

Tavola IX.

CASI	Latte muliebre intero luetico usato come ambocettore						
	0,02	0,04	0,06	0,08	0,10	0,25	0.50
N. 5	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —
N. 20.	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	+ — —
	Latte muliebre intero sano usato come ambocettore.						
N. 20.	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —

Tavola X.

SIERI	R. W.	Siero di latte muliebre sano usato come antigene						
		0,02	0,04	0,06	0,08	0,10	0,25	0,50
N. 20	+ + +	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —
N. 20	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —
		Siero di latte muliebre luetico usato come antigene						
N. 20	+ + +	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —
N. 20	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —

Tavola XI.

CASI.	Siero di latte di donna luetica usato come ambocettore						
	0,02	0,04	0,06	0,08	0,10	0,25	0,50
N. 15.	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	+ — —	+ + —
N. 8	— — —	— — —	— — —	— — —	+ — —	+ + —	+ + +
	Siero di latte di donna sana usato come ambocettore						
N. 20.	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	+ — —
N. 10.	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	+ + —

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DELLA 1ª CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretto dal sen. prof. PASCALE.

Ematoma scapolo dorsale leucemico.

Dott. VINCENZO ALOI, assistente ordinario.

Il caso che, in breve, credo utile illustrare è molto importante perchè presenta, come complicanza, un fenomeno raro, solo apparentemente d'indole chirurgica.

Giovine di 30 anni, ammogliato, contadino.

Nell'anamnesi può avere interesse il fatto che una sorella è morta a 27 anni per malattia emorragica (emorragie gengivali e vaginali). Sin dalla più tenera età ricorda di essere sempre andato incontro a frequenti emorragie nasali, infrenabili coi comuni mezzi emostatici adoperati anche da diversi sanitari, tanto da provocargli lunghi deliquii, in seguito ai quali la fuoruscita di sangue cessava spontaneamente.

Tali epistassi sopravvenivano senza ragione alcuna e non lo hanno abbandonato fino all'età di 25 e 26 anni.

A dieci anni soffrì malaria che, dopo intensa cura chininica, non è più recidivata.

Durante il servizio militare, pur continuando ad avere epistassi, si ammalò di affezione bronchiale febbrile con espettorato sanguigno; fu congedato dopo circa quattro anni ed emigrò nell'America del Nord.

Potè lavorare per quattro anni, poi fu colto da influenza e da dolore puntorio nell'ipocondrio sinistro, dolore che si acuiva nei movimenti inspiratori e nella tosse.

Tornò in Italia e stette bene, secondo assicura l'infermo, fino al luglio 1921, quando cominciò ad avvertire un dolore insistente, puntorio alla regione sottoscapolare destra e notò, a questo livello, la presenza d'una tumefazione, dolente alla pressione, della grandezza d'una moneta da dieci centesimi (vecchio conio) senza alterazioni della cute. Tale tumefazione è aumentata rapidamente di volume, diffondendosi a tutta la metà destra del dorso, finchè, dopo circa un mese, furono applicate delle sanguisughe. Passarono alcuni giorni e, a livello dell'8ª costola, sulla ascellare posteriore, là dove furono applicate le sanguisughe, si formò una papula ch'è andata crescendo, con rossore ed edema intenso della cute circostante e con vivi dolori spontanei e alla pressione. In questo periodo ha avuto febbre.

Esame obiettivo. — Costituzione scheletrica normale, nutrizione fortemente scaduta; cute e mucose visibili di colorito intensamente pallido; pannicolo adiposo quasi scomparso.

Nulla di notevole a carico dell'apparato respiratorio, tranne una respirazione aspra diffusa in tutto l'ambito polmonare di destra; cuore nei limiti, toni puri in tutti i focolai.

La milza deborda di circa quattro dita dall'arcata costale, raggiunge anteriormente quasi la linea alba, inferiormente sorpassa di circa un dito l'ombellicale trasversa; di consistenza duro-elastica, con bordo anteriore rotondeggiante, interrotto da una profonda incisura. Non è dolente alla palpazione.

Fegato nei limiti.

Esame locale. — Alla regione scapolare destra si nota la presenza d'una enorme tumefazione la quale si diffonde senza limiti netti, alla fossa sopra e sottospinosa, discendendo nella regione laterale destra del torace fino all'ascellare media. Tale tumefazione, indolente alla palpazione, è fluttuante.

Una puntura esplorativa, eseguita per mezzo di una siringa di Pravatz, dà esito a liquido alquanto denso, di colorito oscuro, cioccolata, che all'esame microscopico mostra, oltre numerose emazie e leucociti di forma varia, anche *mielociti.*

Al di sotto di questa tumefazione, a livello dell'8ª costola, sulla linea angolare della scapola, v'è inoltre una chiazza necrotica, di forma irregolarmente rotondeggiante, della grandezza d'uno scudo, coperto da escara nerastra, su base infiltrata, dura alla palpazione, con largo alone infiammatorio, dolentissima all'esame che dà all'infermo notevoli disturbi.

Temperatura 38°.5. Polso 120. Respiro 25.

Esame del sangue. — Corpuscoli rossi 3.100 mila; bianchi 676.000; emoglobina 53.

Formula leucocitaria. — Emocitoblasti 1; Mieloblasti proneutrofili 24; Promielociti neusinofili 4; Eoisnofili 4; Mielociti neutrofili 14, eosinofili 2, basofili 2; Metamielociti neutrofili 20; Granulociti eosinofili 2, neutrofili 11, basofili 1, monociti 3, linfociti 8; Cellule di Rieder 1.

Le condizioni del paziente peggiorano rapidamente. La temperatura aumenta: 38°-40°. Il processo infiammatorio toracico si diffonde, infiltrando progressivamente tutti i tessuti vicini. La tumefazione soprastante aumenta di tensione.

L'infermo soccombe nelle prime ore del 22 settembre.

Non è possibile eseguire l'autopsia.

Mi è sembrato interessante riferire la storia clinica per poter facilmente interpretare un fenomeno morboso che, come ho detto, in apparenza è di pertinenza chirurgica: IL NOTEVOLE VERSAMENTO SANGUIGNO SOTTOCUTANEO E SOTTO APONEVROTICO ALL'EMITORACE DESTRO.

Di questi casi pochi se ne riscontrano nella scienza; il venerando prof. Cardarelli ne ha osservato solo tre casi di cui uno insieme con Feletti. Il nostro prof. Taddei ha pubblicato quest'anno un'importante lezione sulla Riforma Medica, a proposito «d'un infiltrato leucemico emorragico nei muscoli della coscia».

Quando capita qualche forma rara vale la pena di intrattenersi per gli insegnamenti che se ne hanno non solo nell'interpretazione della sindrome fenomenica, ma anche nell'identificazione di qualche caso che possa sembrare strano per la patogenesi.

Nel caso nostro, più che di infiltrati di sangue, di ecchimosi, s'è trattato d'un vero *ema-*

toma fluttuante: si comprimeva la regione sottoascellare e si vedeva allora innalzarsi la regione sopraspinosa e latero scapolare. Era un ematoma con varie propaggini squarcianti vie connettivali preformate.

L'infermo poi, fortemente soffrendo, richiedeva l'urgenza del soccorso, e non parlava di precedenti malattie; in guisa che il chirurgo si sarebbe potuto ingannare, scambiando quella tumefazione per una raccolta purulenta, tanto più che c'era febbre, e la cute al di sopra aveva zone necrotiche, siccome accade in un favo, che volga a male; e avrebbe potuto sempre assillato dalla necessità di pronto intervento spaccare ampiamente.

Se non che questa strana raccolta che bollottolava sotto la cute e primo strato di tutto un emitorace, e che formava come uno zaino in quella sede, mentre la pelle rimaneva in un punto solo lesa, per un'ulcerazione circolare infiltrata intorno da una corona di vero edema, non diffuso su tutto l'ambito sollevato, lasciava dubbiosi sulla spiegazione.

Constatato che il sangue costituiva la raccolta, sotto la cute, in gran parte priva di segni infiammatori, tranne che nel punto ulcerato, mille sospetti balenavano, e si pensava all'*ematoma spontaneo della leucemia.*

Una mano palpante, trasferita nel fianco di sinistra, e rintracciante subito un enorme tumore di milza, e finalmente il racconto dell'infermo, strappatogli a poco a poco, confermavano il sospetto della leucemia, che l'esame del sangue metteva fuori dubbio.

È stretto dovere del chirurgo indagare le origini d'un fatto che può sembrare banale laddove rappresenta l'espressione d'una grave malattia. È importante stabilire la diagnosi, perchè, talora, a noi è dato osservare l'infermo, non più nel periodo iniziale o di stato, ma nella fase di declinazione, quando l'organismo, esaurito dalla lotta citotossica, va assai facilmente soggetto a rottura di vasi per la estrema fragilità delle pareti e cede quindi all'azione deleteria delle cause patogene.

Si spiega così la formazione di ematomi intermuscolari o sottomuscolari che avvengono per qualsiasi causa occasionale, anche per semplici movimenti.

Secondo il Banti tali *localizzazioni leucemiche sono forme metastatiche*, come si riscontrano nel parenchima epatico e renale, nella retina, nella cute e nel cellulare sottocutaneo ove costituiscono i cosidetti *tumori sarcoidi.*

Importanti sono le indagini di Banti sul comportamento del tessuto leucemico di fronte ai vasi per la tendenza all'infiltrazione e all'ulcerazione delle pareti; si determinerebbe il passaggio in circolo di elementi che, fissandosi e proliferando negli organi, darebbero luogo alla *metastasi.*

Secondo autori più recenti (Martelli) la estrema fragilità vasale, nelle leucemie, può dipendere sia da jalinosi delle pareti vasali che divengono fragili, inestensibili, e una brusca contrazione muscolare viene a scontinuare, sia da infiltrati leucemici che invadono tutto lo spessore della parete del vaso provenienti dai tessuti perivasali (vere infiltrazioni) o dalla avventizia, per formazione autoctona di *mielomi.*

Ad ogni modo, a noi interessa conoscere che le lesioni vascolari suddette sono punto di partenza della produzione di fatti emorragici, rivelatori di una malattia che ha un decorso rapido e triste.

Disgraziatamente allo stato attuale delle nostre conoscenze, poco influisce sulla prognosi e sulla salute dell'infermo l'identificazione della forma clinica, specie da parte del chirurgo, tuttavia è sempre utile, per non incorrere nell'errore d'un atto operativo, sia pure semplicissimo, che ne accelera la fine.

Ciò è capitato a Boriè e Salmon; questi autori hanno comunicato, nel 1903, alla Società degli Ospedali di Parigi un caso di leucemia acuta a forma emorragica con ematoma alla scapola che in tre giorni assunse le dimensioni d'una testa di neonato.

Lo si aprì nella speranza di trovare la sorgente dell'emorragia e di frenarla, ma bisognò contentarsi di zaffare la sacca e fare una compressione. Ciò non di meno l'emorragia continuò e il paziente morì.

Nel caso nostro la stranezza dei fenomeni locali trattenne il braccio del pronto soccorso cruento: e condusse alle ricerche che, come uovo di colombo, illuminarono la diagnosi.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un interessante caso di *ematoma spontaneo* assai raro, interpreta la strana sindrome fenomenica, identifica la patogenesi, stabilisce la diagnosi di *ematoma leucemico scapolo-dorsale*, confermata dalla puntura esplorativa (*mielociti*) e messa fuori dubbio dall'esame del sangue. Richiama infine l'attenzione sull'utilità e sulla necessità per il chirurgo di precisare la natura di tali versamenti sanguigni che rappresentano l'espressione di una grave malattia.

NOTE E CONTRIBUTI

Di una prova semplice per avere la sensazione del fremito idatideo

per il dott. BERNARDINO MASCI,
degli Ospedali di Roma.

La conoscenza del fenomeno del fremito idatideo è così antica che pare risalga a Celio Aureliano, vissuto sedici secoli fa, la prima osservazione di esso. Bisogna però giungere ai tempi moderni per avere una descrizione precisa del fenomeno: Blatin (1802), Boinet, Briançon (1828) e quasi contemporaneamente Piorry, che diede al fenomeno il nome di « *frémissement hydatique* », sono gli autori che per primi hanno descritto bene il fremito idatideo.

Questo fremito è stato poi studiato da parecchi autori (Jaccoud, Davaine, Frerichs, Cruveilhier, ecc.), anche italiani (Baccelli, Santini, Rovighi, Bernabei, Venza, ecc.), i quali hanno escogitato metodi più o meno diversi per la ricerca del fenomeno e paragoni tattili e acustici svariati. Esso fu paragonato alla sensazione che si ha comprimendo della neve, percuotendo una molla montata o un cilindro di gelatina, tastando lievemente una corda di violino tesa o una cassa di risonanza. È indubitato che il metodo migliore per rilevare il fremito sia quello consigliato dal Davaine e da altri autori: applicare, cioè, con leggera pressione e tenendole divaricate, tre dita della mano sinistra sulla parte più rilevata della tumefazione cistica e percuotere con colpi staccati e rapidi sul dito di mezzo; gli altri due percepirebbero allora il fremito idatideo. Deprés propone di applicare l'eminenza tenare d'una mano sulla cisti e di far eseguire la percussione da un assistente.

Discordi sono i pareri sulla genesi e sul valore del fenomeno: secondo la maggior parte degli autori dipenderebbe dal soffregamento e dal consecutivo rimbalzo delle cisti figlie; per altri sarebbe dovuto all'elasticità della parete, allo sfregamento delle lamelle cuticolari. C'è chi lo dichiara frequente e patognomonico, chi lo ritiene invece raro; qualche altro non l'avrebbe mai osservato, come per esempio il Finsen, che non l'avrebbe riscontrato neppure una volta su 235 casi; Davaine l'avrebbe riscontrato anche nell'idronefrosi e Cardarelli solo in un caso d'idronefrosi. È da segnalare l'opinione del Bernabei, che ritiene il fenomeno addirittura un fremito muscolare.

Alcuni autori negano assolutamente l'esistenza del fremito idatideo, basandosi per lo più sul fatto di non averlo mai riscontrato nei numerosi casi di cisti di echinococco osservati. Fra questi è il Cardarelli, il quale seccamente afferma: il fremito idatideo per me non esiste. Ciò mi sembra eccessivo orgoglio clinico: la secolare esperienza di tanti autori è sempre al disopra di quella limitata di una sola persona, qualunque sia il valore clinico di questa persona. Mi pare poi che l'insigne clinico di Napoli sia in contraddizione con sè stesso quando afferma d'aver sentito il fremito idatideo solo in un caso di idronefrosi. Dunque la sensazione del fremito idatideo l'ha avuta, sia pure in un caso non di cisti di echinococco; e se l'ha avuta, indubbiamente il fenomeno esiste. Si potrà discutere se sia patognomonico della cisti di echinococco o invece comune con altre tumefazioni cistiche (idronefrosi, cisti ovarica, cisti sierosa, ecc.), come sembra, ma non se ne può negare l'esistenza.

Io ho avuto la fortuna, in un caso di cisti di echinococco della milza osservato insieme con il prof. Amante, di avere una sensazione così netta, così precisa, così caratteristica del fenomeno, che sento il dovere di ribellarmi contro l'affermazione negativista degli increduli. Descrivere in che consista simile fenomeno è cosa ben difficile: certe sensazioni si sentono bene, ma non si sanno descrivere, donde la ragione dei paragoni tattili e acustici i più strani per far comprendere la sensazione del fenomeno. È una specie di tremolio vibratorio, che dura qualche secondo, e che una volta sentito si considera come caratteristico e non si dimentica più.

Certo il fenomeno si osserva molto di rado e la maggior parte dei medici, durante tutto il tempo dell'esercizio professionale, può non averlo mai sentito. Una prova molto semplice, un giorno fatta per caso, potrà dare a tutti, e in una maniera molto più perfetta delle altre prove finora escogitate, la sensazione del fremito idatideo. Capitando in una sala operatoria nel corso di un'asportazione di cisti di echinococco che tenga racchiuse delle cisti figlie, si prenda una di queste, che sia viva, e che abbia la grandezza variabile da una grossa avellana ad una noce. Si ponga sulla palma della mano e a questa si imprimano delle scosse laterali rapide e di breve escursione in modo da far rotolare in più sensi la cisti sulla palma. Si apprezzerà in modo costante e caratteristico un tremolio vibratorio, perfettamente identico alla sensazione che caratterizza il fremito idatideo.

Questa prova, nella sua semplicità, dimostra che il fenomeno del fremito idatideo esiste; che non dipende dal soffregamento e dal conse-

cutivo rimbalzo delle cisti figlie, in quanto che una cisti unica è capace di determinarlo; che non è un semplice fremito muscolare, come vorrebbe Bernabei, ma un fenomeno legato alle condizioni biologiche della cisti; dà nel medesimo tempo la stessa sensazione netta e precisa di quello che è un rarissimo fenomeno ad osservarsi nella sindrome delle cisti idatidee.

DALLA PRATICA, PER LA PRATICA

Dott. G. ROCCHI, libero docente,
comprimario degli Ospedali in Bologna.

Combinazioni di cure chirurgiche, Radium, Röntgen, per il cancro. Curleterapia profonda.

Due anni di pratica in terapia profonda con apparati Röntgen a 200,000 volts, permanenze negli Istituti radiologici di Monaco e di Erlangen, una recente permanenza all'Istituto del Radio di Parigi, mi fanno fare considerazioni certamente in molti punti differenti dalle opinioni altre volte espresse nei miei lavori.

La cura coi raggi X e col radio è allo stato di studio — ogni giorno si trovano cose nuove e risultati nuovi.

Ecco le mie ultime idee.

I raggi X e γ del radio sono la stessa cosa fisicamente e biologicamente; il radio è una piccola macchina Röntgen: in un primo periodo eccitano l'attività cellulare, in un secondo periodo invece sono dei veri veleni della cromatina nucleare, specialmente allo stato di cariocinesi *sono veri agenti « amitotici »*, in terzo tempo ledono tutta la cellula con fatti di necrosi.

Le cure Röntgen e radium per il cancro debbono stare esclusivamente nel periodo amitotico.

La cellula adunque è sensibile nel tempo della cariocinesi più che in ogni altro tempo alle irradiazioni e quindi sono sensibili alle irradiazioni gli organi e tessuti dotati di frequente riproduzione. Ad esempio, gli organi riproduttori (testicolo, ovaio) ed i tumori maligni e di essi i tumori maligni a rapido sviluppo.

Il segreto della radioterapia sta nel colpire le cellule cancerigne durante la cariocinesi. Se la cariocinesi di tutte le cellule di un tumore si facesse in 5-12 ore, tempo di una seduta Röntgen moderna la guarigione del tumore sarebbe certa. Ma tale fatto avviene non sempre e cioè nelle forme di sarcomi globocellulari, in certe forme galoppanti di riproduzione carcinomatosa, ed in alcuni casi di carcinomi dell'utero e della pelle.

È in questi casi che le cure intensive Röntgen in una seduta e cure Radium in 24 ore danno dei risultati meravigliosi. Io ho di tali casi guariti completamente da 2 anni.

Usualmente un carcinoma dell'utero a tipo basocellulare ed un carcinoma della cute a tipo basocellulare (ulcus rodens) hanno le cellule cancerigne che passano per il periodo di mitosi in 10-15-20 *ore; un carcinoma adenomatoso della mammella ha un ciclo di completa mitosi in 2-3-4 giorni; un carcinoma della lingua, esofago, laringe, retto, cute, a tipo spinocellulare ha il ciclo di mitosi in* 8-10 *giorni* (Fabre).

Quale conseguenza pratica importantissima dobbiamo nei dedurre. Col radio la cosa è molto semplice, si faranno radiazioni colla dose completa con quantità di radio varie adatte per ciascun caso che durino 1-2 giorni nei casi di carcinoma basocellulare; 3-4 giorni per casi di carcinoma della mammella; 10 giorni per casi di carcinomi spinocellulari; ma per i raggi X la cosa è molto più difficile perchè ormai è certo che se le cure Röntgen vengono sospese si può avere l'effetto eccitante e l'autoimmunizzazione Röntgen per le dosi non complete e non continuate.

La cura del radio, che è continua, pertanto, sotto questo punto di vista è molto superiore alla cura Röntgen.

Allo stato attuale, adunque, le cure col radio e altre sostanze radioattive — mesotorio, emanazione del radio, corpi solidi dell'emanazione del radio — sono da adoperarsi con grande vantaggio nel maggior numero dei casi per la cura del cancro.

* * *

Adunque i nostri apparati a 200.000 volts che tanta fatica ci sono costati e di studio e di pensieri e di salute, non ci serviranno completamente?

Questo certamente colla mente serena e giusta occorre ammettere: essi debbono essere aiutati dal radio o almeno occorre cambiare i metodi di cura rapidi ed intensivi in uno o due giorni che noi abbiamo fino ad ora adoperati per i tumori adenomatosi e spinocellulari.

Gli apparati Röntgen a 200.000 volts curano da soli il sarcoma globo-cellulare ed i carcinomi riprodotti e potranno, ma non sempre, dare risultati ottimi nella seduta unica per l'*ulcus rodens* della cute e per il carcinoma dell'utero basocellulare a rapida cariocinesi. E questo certamente non è poco. Essi più che il radio sono indicati ancora da soli nei grandi tumori sarcomatosi, nei grandi tumori car-

cinomatosi, nelle infiltrazioni cancerigne dei linfatici e delle ghiandole. Essi faciliteranno e completeranno la sterilizzazione dei linfatici e ghiandole linfatiche nelle cure col radio del carcinoma spinocellulare o adenomatoso della lingua, utero, mammella, retto, esofago, laringe, cute, in sedute frazionate durante e nello stesso tempo della cura continuativa col radio, senza interruzione così di radiazioni a breve lunghezza di onda.

Le combinazioni Radium-Röntgen sono suscettibili di variazioni molteplici varie caso da caso: essi sono la base della cura del can-

In mancanza di radio coi soli raggi X per il carcinoma spinocellulare o adenomatoso che usualmente è la forma della mammella, lingua, laringe, labbra, retto, esofago, stomaco, intestino, la cura deve essere modificata completamente: occorrono sedute continuative per 8-10 giorni con solamente interruzioni notturne e diurne le più brevi possibili, per il riposo ed il cibo del malato.

Le irradiazioni debbono essere di tensione la più forte possibile, ma per continuare tanto tempo debbono essere con minimo amperaggio, e con tubo distante 100 cm. e forse anche più. Ma per tale tecnica occorrono ancora molte ricerche e molto studio, specialmente per racchiudere il tubo in cassoni speciali per evitare assolutamente i raggi secondari ed i gas.

Riferirò ulteriormente appena avrò dei dati.

***

Desidero ancora ripetere sulla necessità del prolungamento della cura Röntgen, cioè con piccola intensità e grande voltaggio nella cura del carcinoma spinocellulare ed adenomatoso per mettere sulla strada i costruttori degli apparati che si sforzano di aumentare la potenzialità degli apparati Röntgen in quantità (Neo-Intensiv; Neo-Symmetrie), per dire loro di cambiare strada perchè se occorre prolungare fino a 10 giorni le cure Röntgen, le dosi frazionate dovranno essere le più lunghe possibili nella giornata e cioè a minimo amperaggio (può darsi anche a 1/4 di milliamperes ed anche meno) mentre rimane la tensione massima possibile per raggiungere la durezza dei raggi gamma del radio: più i raggi sono duri, più l'azione loro è amitotica.

Sopra gli apparati Röntgen a 200.000 volts io ho diffusamente trattato in vari lavori, occorre qui che dia un breve cenno del radio e corpi affini.

***

Sono quattro i metodi radianti coi raggi gamma: il metodo del radio, dell'emanazione del radio, del mesotorio ed il metodo tutto recente in istudio dei corpi solidi dell'emanazione del radio.

Tutti ormai sanno del radio e del mesotorio il quale ultimo ha raggi gamma anche più duri dei raggi gamma del radio, ma ha una durata fissa di soli 7 anni circa, mentre il radio emette raggi gamma quasi sempre colla stessa intensità per 2 secoli circa.

L'emanazione è un gas che il radio continuamente produce e che alla temperatura dell'aria liquida si condensa in un liquido (*Niton*) che racchiuso in capillari di vetro chiusi alle estremità per circa 5 giorni ha lo stesso effetto del radio metallo con potenzialità però decrescente.

I capillari contenenti l'emanazione entro aghi, tubi, servono per le cure.

È di importanza sociale la cura dell'emanazione che da un posto centrale, ad esempio, come Bologna o Firenze, spedita per posta può arrivare in un giorno a grandi distanze; nel nostro paese si può così con una sola sorgente avere numerosissimi luoghi di applicazione.

Questo si fa ora a Londra ed in America, ed anche l'Istituto del Radio di Parigi fa, ma occorrono dei grammi di radio per un lavoro numeroso.

Per un piccolo lavoro anche con 250 mmgr. di radio si può avere abbastanza emanazione con un piccolo apparecchio ridotto.

Come io ho già previsto la grande diffusione degli apparati Röntgen a 200.000 volts (nel marzo 1920 esisteva in Italia uno solo dei miei apparati a 200.000 volts ed ora credo ne esistano circa 50) e nella sola nostra città credo ne esistano a tutt'oggi quindici (tale cifra, credo, non è raggiunta da alcuna città del mondo), così io sono certo che lo Stato o qualche Società privata fra poco ci darà in Italia un luogo centrale di fabbricazione dell'emanazione del radio.

I corpi solidi dell'emanazione sono il radio A, B, C, che precipitano sulle pareti dei tubi dell'emanazione e che raccolti possono essere iniettati nella massa tumorale, ma sopra tale metodo che avrà un avvenire non si può dire alcun che di certo essendo allo studio.

Il radio, il mesotorio, e l'emanazione racchiusi in aghi o tubi sono messi per infissione o in vicinanza dei tumori in forte dose e con breve durata per i tumori sarcomatosi globocellulari, carcinomatosi basocellulari; in dosi medie e di durata media per i tumori adenomatosi e sarcomi fibrocellulari; in dosi piccole e di durata lunga per i tumori spinocellulari della lingua, labbra, esofago, retto.

I linfatici e le ghiandole linfatiche sono trattate con apparecchi piatti contenenti sparsi vari tubettini radianti — molti tubettini con piccola quantità e con distanza calcolata. Ma per i linfatici e le ghiandole per me sono preferibili i raggi X.

Le cure moderne del radio anche se in forte dose debbono essere praticate con piccole e numerose quantità di radio con filtrazione circa 3 volte la filtrazione fino ad ora adoperata. Cadono pertanto i grossi tubi con 50 mmgr. di radio Elemento, ma si debbono adoperare piccoli tubi con 3, 6, 12 circa mmgr. di Radio Elemento.

All'Istituto Pasteur io non ho visto tubi superiori a 13.3 mmgr. di Radio Elemento. Le grandi quantità di radio danno necrosi del carcinoma, localmente, non bisogna arrivare alla necrosi: tutto il segreto delle cure, sta nell'arrivare alla uccisione della sola cromatina nucleare.

Per un cmc. di carcinoma spinocellulare il miglior metodo è la distruzione di 5-10 microcurie per ora e per una durata di 7-8 giorni circa.

L'applicazione del radio deve essere fatta dal chirurgo, perchè essa è un vero atto operativo come si vede dai seguenti esempi:

A) Carcinoma dell'utero. — Occorre la dilatazione della cavità uterina colle sonde Hegar e l'introduzione di una sonda di gomma con tubi radianti; occorre mettere attorno al collo uterino tubi radianti tenuti in sito con tamponamento. Tutte le mattine per la durata dell'applicazione occorre togliere gli apparecchi, pulire, ecc.; rimettere ecc. Occorre tutta la tecnica delle cure ginecologiche.

B) Carcinoma della lingua. — Occorre la anestesia locale o generale per infiggere gli aghi nel tumore linguale con punti di sutura. Nella lingua poi tale applicazione è un vero atto operatorio di alta chirurgia per lesioni vasali, ecc., che possono verificarsi per chi non ha la pratica in simili metodi.

C) Carcinoma del retto dell'ultima porzione. — Ano iliaco e dopo un mese il seguente atto operativo: narcosi, dilatazione anale, infissione di aghi nella massa del tumore e di tubetti nel lume intestinale.

D) Carcinoma dello stomaco inoperabile con piloro pervio. — Narcosi generale o locale. Laparotomia. Infissione nel tumore di aghini contenenti l'emanazione che possono essere abbandonati nel tumore, o infissione di aghini con radio e con filo che mediante drenaggio speciale possono essere tolti come si toglie un comune drenaggio da laparotomia.

E) Per il carcinoma diffuso dell'utero, oltre ai tubetti per via vaginale, si può colla laparotomia mettere gli aghi come per lo stomaco, ecc., ecc.

***

Da quanto sopra è detto è chiaro comprendere l'immenso progresso ora fatto nelle radiazioni a breve lunghezza d'onda mediante gli apparati Röntgen e mediante le sostanze radioattive. La chirurgia ha trovato in queste radiazioni un aiuto valido. Essa non può agire contro il carcinoma senza il loro concorso. Così le cure Röntgen e radium non possono fare molto se non sono in unione stretta colla chirurgia.

Chirurgia, Radio, raggi X sono indispensabili per la guarigione del cancro.

IGIENE SOCIALE.

Il dopo lavoro.

La riduzione delle ore di lavoro, concessa o strappata dopo la guerra, ha lasciato all'operaio diverse ore di libertà di cui egli, sulle prime, si è trovato imbarazzato ad usare.

Secondo quei teorici, che si credono di poter dirigere gli avvenimenti sociali dal tavolino o dalla tribuna, le otto ore libere (oltre a quelle di riposo) dovevano essere destinate allo svago, allo studio, al lavoro spirituale. Perchè l'operaio potesse fare tale uso delle sue ore di libertà, occorreva però che trovasse un godimento in tali occupazioni, occorreva una preparazione morale e spirituale, che gli facesse apprezzare i valori etici ed intellettuali. La realtà è stata ben diversa: i capi che hanno ottenuto l'adesione delle masse, col blandire gli istinti di queste, hanno sempre magnificato la forza bruta dei muscoli, deprezzando quella dell'intelligenza. I sintomi di resipiscenza, che ora si scorgono, non possono avere che un effetto a lunga scadenza, essendo tuttora le masse imbevute dei principî loro instillati.

Ma poi anche ai volonterosi, che volessero elevare la loro coltura, ricercare passatempi intellettuali, od onesti svaghi, che cosa offre la società nostra? Dalla casa, angusta, sovraffollata, quando non sia anche tetra e sudicia, l'uomo quasi sempre rifugge; tanto peggio poi se, per l'assenza della donna, anch'essa occupata altrove, ne viene aumentato il disordine. Egli trova invece aperta l'osteria, i circoli politici, che, con bandiere di colore diverso, hanno l'attrattiva comune del vino, dei liquori, delle carte, i postriboli, i

cinematografi, tanto più affollati quanto più pervertitore è lo spettacolo. Le paghe sono elevate, il danaro corre, e dilagano l'alcoolismo, le malattie veneree, i pervertimenti d'ogni specie. Non sarà forse mai possibile stabilire esattamente l'influenza nefasta di questa libertà data così improvvisamente: essa però risulta evidente per l'osservatore spregiudicato anche se osserva soltanto l'affollamento delle osterie in ore in cui prima erano vuote, le code ai cinematografi popolari, ecc.

Le vigenti istituzioni, come scuole di cultura sociale, scuole serali, università popolari, circoli sportivi non rispondono allo scopo: essendo insufficienti per numero e frequentate da una minoranza di eletti, oppure per determinati scopi di carriera. D'altra parte, la scuola non può venire presa come tipo per lo scopo a cui miriamo.

Anche a prescindere dalle diverse attitudini individuali. il desiderio di coltura e di istruzione non può essere il più impellente in chi ha lavorato tutta la giornata: è logico invece ammettere che in tali condizioni si vada in cerca di svaghi, di distrazioni, compatibili con il riposo fisico necessario (ritrovi di diverso genere) o che possano servire anche a correggere attitudini imposte dal genere di lavoro, a sgranchirsi, secondo l'espressione volgare (circoli sportivi e simili): l'istruzione può venir data in forma di fattore accessorio e saltuariamente, sotto pena di renderla, altrimenti, poco accetta o addirittura sgradita. Bisogna confessare che non è agevole trovare il mezzo di soddisfare le svariate tendenze individuali: in generale queste potranno orientarsi verso due principali direzioni, cioè verso il divertimento a tipo sportivo, e verso svaghi sedentari. Si possono per il primo gruppo allestire campi sportivi, giuochi di bocce, istituire escursioni, come si fa per esempio dalla U. O. E. I. (Unione operai escursionisti italiani). Per l'altro gruppo, sarà necessaria una sala di ritrovo, con libri e giornali, con la possibilità di godere qualche spettacolo, sia pure solamente cinematografico, di sentire un po' di musica, e di tanto in tanto letture ad alta voce, o conferenze con proiezioni, che illustrino qualche novità del giorno, specialmente in rapporto a scienze applicate, non escludendo anche che vi siano dei veri e propri corsi di istruzione post-scolastica e popolare. Nè dovrebbe mancare qualche ristoro fisico, come caffè, latte, cioccolato, thè, bibite, eliminando naturalmente gli alcoolici.

Giusta l'osservazione fatta da taluno sulla tendenza dell'operaio a ritirarsi nel proprio rione, le dette sale di ritrovo dovrebbero essere rionali, anche per trovarsi più vicine all'abitazione. Si potrebbe, almeno, sul principio, utilizzare per queste i locali delle scuole, che nel tardo pomeriggio e la sera rimangono inoperose. Oltre al beneficio di avere subito pronto un locale, con la minima spesa degli adattamenti, si avrebbe anche il vantaggio che per la presenza di biblioteche popolari, di mezzi per l'insegnamento, di palestre, per la possibile cooperazione di un personale insegnante volonteroso, le scuole potrebbero così costituire veri centri di elevazione morale ed intellettuale delle popolazioni.

Per altri operai, infine, sarebbe invece vantaggioso e gradito l'avere a propria disposizione un piccolo orto o giardino da coltivare: si potrebbe a tale scopo destinare un appezzamento di terreno da concedersi in affitto a piccoli lotti, per modico prezzo. L'innato amore per la terra attirerebbe certamente molti ad una occupazione fisicamente e moralmente sana, ed anche in parte redditizia, che rappresenta qualche cosa di meglio che un semplice svago. Lo scoglio maggiore sarà in tal caso rappresentato dalla distanza degli abitati a cui dovrà necessariamente trovarsi il terreno, quando non fosse direttamente annesso alla casa, come nella città-giardino.

Molti industriali, del resto, hanno già pensato a fornire ai loro dipendenti la possibilità di passare le ore libere in occupazioni sane. Citiamo esempi che ci vengono dalla Francia, di ditte come Voisin, Chatanne-Brunn, Michelin, Peugeot, Magasins du Printemps, ecc. Alcune hanno organizzato veri corsi di coltura tecnica, frequentati dagli apprendisti, che vi imparano matematiche elementari, disegno, tecnologia ed integrati da conferenze trattanti questioni generali, oppure di interesse professionale o sociale: mettono altresì a disposizione una biblioteca di opere tecniche elementari. Altre hanno di molto incoraggiato la coltura fisica, sussidiando o fondando società sportive, concedendo campi di giuoco: hanno inoltre organizzato società corali, musicali, allestendo spettacoli cinematografici, rappresentazioni teatrali, ecc. Altre infine danno in affitto, od anche gratuitamente, piccoli appezzamenti di terreno, da un minimo di 2 are fino a 300 mq., distribuendo anche gratuitamente attrezzi agricoli e concimi chimici, formando consigli per mezzo di un professore d'agricoltura. Parecchie ditte hanno tutte queste forme di trattenimento, di cui gli operai approfittano di buon grado. Istituzioni non dipendenti da ditte sono invece i così detti

Focolai civici, le Case di tutti, che sono in buon numero e funzionano con ottimi risultati.

Anche alcune organizzazioni operaie si sono occupate del problema, fra cui la *Céntrale d'éducation ouvrière* del Belgio e la Confederazione generale del lavoro francese; quella italiana avrebbe stabilito un programma di azione, in favore della coltura popolare. A Roma, l'Ufficio municipale del lavoro se ne interessa vivamente ed a S. Saba si è già stabilito un ritrovo per operai. A Milano, il commendator Frua ha dedicato alle sue maestranze parecchie istituzioni, come la casa del lavoratore (con sale per ritrovo, per studio, per conferenze, per la fanfara), asili, scuole-famiglia, goccie di latte, ecc.; la più cordiale fraternità domina nell'ambiente, non solo fra compagni, ma fra operai, capi e datori di lavoro; pure a Milano, l'Università proletaria costituisce un buon centro di istruzione.

Istituzioni di tal genere vanno diffuse e moltiplicate, in modo da poter offrire al lavoratore la possibilità di gustare le semplici e sane gioie della vita, i godimenti intellettuali, senza attossicarsi il corpo e lo spirito. La fede e la buona volontà debbono essere le molle che spingono all'attuazione di queste provvidenze, le quali, elevando anche l'atmosfera morale, potranno forse portare un po' di pace nell'agitata ed irosa vita contemporanea. Le pubbliche amministrazioni ed i datori di lavoro debbono senza dubbio concorrere in quest'opera benefica e di interesse sociale.

L'importante è che il lavoro si inizii nelle giuste misure e senza idee di grandiosità, e che non lo si abbandoni alle prime disillusioni. Sul principio, anzi, bisogna attendersi una non lieve diffidenza, forse anche dei sospetti di fini non troppo chiari: ma in seguito, dissipati gli equivoci e stabilitasi una corrente di simpatia, non potrà mancare il successo. INDEX.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Ematuria senza sintomi.

(JAMES B. MACALPINE. *British med. Journal.* 30 aprile 1921).

Anzitutto l'A. osserva che si tratta di un termine errato, perchè l'emissione di sangue con le urine costituisce per sè stesso un sintoma: meglio sarebbe sostituirlo con l'altro «ematuria isolata»: indicando con esso quegli stati di emorragia urinaria in cui mancano altri segni quali dolore, minzione imperiosa o frequente, ecc.

Non si tratta di un fenomeno raro: molte malattie delle vie urinarie dànno emorragia, che per altro per alcune è caratteristica per altre è eccezionale. E ciò è naturale, se si considera l'abbondante vascolarizzazione degli organi corrispondenti Ma sebbene molte lesioni possano essere la causa di ematuria, questa, isolata, fa fortemente sospettare un neoplasma delle vie urinarie. Sarebbe però un errore fidarsi del vecchio detto (come in genere di qualsiasi dogma in medicina) che «l'ematuria senza sintomi equivale a tumore dell'apparato urinario».

L'A. ricorda che recentemente ha osservato questo fenomeno in quattro casi, in cui l'ulteriore osservazione dimostrò poi, rispettivamente: 1) un caso di rachitismo scorbutiforme; 2) un caso di tubercolosi renale precoce; 3) uno di quel gruppo di casi classificati come «ematuria renale essenziale»; 4) un calcolo incuneato nel bacinetto, in cui mancava quasiasi storia di dolore.

Tuttavia in una grande proporzione di casi l'ematuria senza sintomi è indizio di neoplasma: Walther su 74 casi constatava il tumore in più del 50 % e tra questi il 72 % apparteneva a tumori maligni.

Trovatosi di fronte all'ematuria, il medico deve risolvere due quesiti:

1) La regione anatomica da cui proviene l'emorragia;

2) La natura del processo patologico che ad essa dà origine.

Ora — ed è su ciò che principalmente l'A. insiste e fa costituire quasi lo scopo dell'articolo — la prima di queste due questioni assume un carattere di urgenza. Perchè molto spesso l'emorragia dura poche ore o giorni (è eccezionale un caso in cui è durata per 14 giorni), quindi tutto rientra nell'ordine, mentre il processo morboso evolve subdolamente. D'altra parte è solo nel momento in cui esiste l'e-

morragia che si potrà precisare, ove la lesione risieda a monte della vescica, se essa è situata nella parte destra o sinistra del tratto rene-uretere.

Se si attende che altri sintomi vengano a guidare la nostra diagnosi, si corre il rischio che il caso divenga inoperabile. Basta citare due esempi importanti: il papilloma della vescica e l'ipernefroma. Si trata di neoplasmi che, se colti al principio, possono considerarsi piuttosto benigni. Se si lascia sfuggire il momento propizio della breve ematuria isolata per farne la diagnosi, l'uno, il papilloma, si sviluppa ampiamente dando emorragie imponenti e ripetute, può deviare in carcinoma, e a ogni modo richiede, allo stadio avanzato, una operazione cruenta soprapubica, mentre al suo stadio iniziale potrebbe essere asportato per via uretrale sotto la guida del cistoscopio (l'A. cita un caso di questo genere che gli è occorso); l'altro, l'ipernefroma, invade la capsula, penetra nella vena renale, si diffonde e dà metastasi.

Per riassumere, l'ematuria è frequentemente l'unico sintoma di un tumore del tratto urinario, il quale, dopo questa manifestazione della sua presenza, può ritirarsi in assoluta calma per un lungo periodo, durante il quale, probabilmente, aumenta di dimensioni e progredisce verso la malignità; e quando si risveglia, o con una seconda emorragia o con dolore, con dispnea, con comparsa di tumefazione, può aver oltrepassato lo stadio di operabilità.

La morale è ovvia; ma l'A. teme sia spesso misconosciuta, ed è su ciò che vuole insistere. L'ematuria non è un sintoma da trattare *per sè*: è un segnale di pericolo, che richiede urgentemente una diagnosi accurata sul suo punto di origine, prima, sulla sua causa, poi.

È facile obbligare un ematurico a letto, applicargli del freddo, somministrargli emostatici, come è facile con qualche iniezione di morfina sopprimere un dolore addominale acuto: ma se, con la cessazione dell'ematuria, il medico potrà avere la stima immediata del paziente, non avrà certo diritto alla sua riconoscenza.

È vero che il medico spesso non è responsabile dell'indugio, perchè molti pazienti non dànno la dovuta importanza a questo sintoma. Bramford Lewis ricorda il caso di un infermo che per 6 anni, continuando sempre ad avere sangue nelle urine, si portò appresso la lettera con cui il suo medico curante lo inviava allo specialista.

Ma occorre insistere sulla responsabilità del medico, perchè secondo l'A. l'importanza di un esame cistoscopico precoce non è stato finora adeguatamente valutato. Se l'ematuria senza sintomi fosse così comune come l'appendicite acuta, sarebbe passata per le stesse fasi che questa malattia quindici anni or sono, ed ora sarebbe invariabilmente sottoposta alla cistoscopia immediata, così come un attacco addominale acuto è invariabilmente sottoposto alla laparotomia immediata.

SEBASTIANI.

FISIOPATOLOGIA.

Le ripercussioni nervose delle dispepsie ed il compito del pneumogastrico.

(LOEPER, M. DEBRAY e S. FORESTIER. *Soc. méd. d. hôpitaux*, 22 luglio 1921).

Esistono indiscutibilmente dispepsie nervose, di cui cioè l'origine risiede nel sistema nervoso, come esistono disturbi nervosi, che hanno origine in uno stato dispeptico. Fra questi disturbi ve ne sono oltre che di riflessi, di meccanici, perchè la trazione sullo stomaco o la sua distensione per gas provoca stiramenti, e tossici, perchè lo stomaco, anche sano è un serbatoio di sostanze estranee, che sono o possono divenire veleni. Oltre alle albumine alimentari, di cui le recenti ricerche sull'anafilassi e sullo *shock* proteico hanno dimostrato la frequente nocività, vi sono altri veleni meglio definiti, suscettibili di impressionare l'organismo ed il sistema nervoso: il loro riassorbimento da parte dello stomaco è difficile se non sono di natura cristalloide, da parte dell'intestino è tardivo e male si accorda con la precocità talvolta fuminea dei disturbi: si ammette di solito l'intervento della circolazione generale: gli AA. intendono invece dimostrare che essa non è la sola via di penetrazione e che questa si fa spesso per il sistema nervoso.

Nella semeiologia classica delle dispepsie più banali, si descrivono comunemente tachicardie, extrasistoli, ineguaglianze del polso, talvolta anche bradicardia; si descrive anche la dispnea, la polipnea parossistica, l'angoscia, il pallore, la congestione facciale, il tremore, le vertigini; e, fra i disturbi più impressionanti ed improvvisi, la nausea, i vomiti, le lipotimie, le sincopi, le evacuazioni imperiose, la diarrea.

Tali sintomi gastrici, respiratorî, circolatorî sono in realtà sintomi nervosi e tossici, in cui ha parte il simpatico, ma soprattutto il pneumogastrico ed il bulbo.

Il pneumogastrico è di capitale importanza per le motilità e la secrezione gastrica; i suoi

rami penetrano nel muscolo fin sotto la mucosa ed i cul di sacco ghiandolari; ora la protezione dell'epitelio e del muco è fragile e per poco viene abolita, sicchè è facile l'imbibizione dei ramuscoli nervosi, e siccome il vago è un nervo ad un tempo gastrico e cardiaco, non è da meravigliarsi delle ripercussioni circolatorie e respiratorie connesse con i disturbi digestivi. Loeper e Schulmann hanno da tempo dimostrato le lesioni del pneumogastrico nelle lesioni ulcerose dello stomaco e la propagazione dei processi cancerosi, mediante tale nervo.

Anche la clinica permetteva di supporre l'esistenza di tali nevriti, che l'anatomia patologica ha dimostrato; la bradicardia, la scialorrea, l'esagerazione del riflesso oculo-cardiaco sono sintomi vagotonici, che accompagnano le lesioni profonde della mucosa. Recenti ricerche sperimentali danno un'ulteriore conferma a tale modo di vedere: se, dopo avere irritato la mucosa gastrica ed otturato la cavità dello stomaco si introduce in questa della formalina o della tossina tetanica, si può ritrovare nel pneumogastrico la prima, per mezzo di reazioni chimiche, la seconda con l'inoculazione del tronco nervoso alla cavia. Tali esperienze dimostrano che l'assorbimento dei veleni e delle tossine da parte del vago è una realtà; analogamente avviene per i prodotti della digestione; l'iniezione endocerebrale del vago di un animale a digiuno non determina alcuna modificazione, mentre si possono avere disturbi quando si inietti il vago preso da un animale durante il periodo della digestione. Ciò dimostra che il vago assorbe altresì prodotti della digestione, probabilmente multipli, che possono riuscire tossici; il riassorbimento non avviene a mucosa intatta, ma basta che essa sia irritata, ulcerata, perchè vengano meno i suoi poteri di difesa.

I prodotti tossici non si arrestano al vago, essi continuano nel loro tragitto, arrivando al bulbo; ciò è stato dimostrato per la formalina e per la tossina tetanica.

Tale propagazione merita di essere studiata più profondamente e rischiara forse la patogenesi di certi disturbi nervosi e generali dei dispeptici e dei gastropazienti, oltre a farci comprendere meglio la genesi di affezioni e lesioni del sistema nervoso, che possono originare dal sistema digerente, tanto più che quanto si è detto del vago può ripetersi per il simpatico, sebbene la dimostrazione ne sia meno agevole.

Il riassorbimento può anche avvenire per sostanze che fanno parte integrante, non già del contenuto gastrico, ma della mucosa e delle sue secrezioni. Il vago di fatto, partecipa a certe variazioni digestive, si imbeve di acqua e di sale particolarmente durante il periodo della digestione; vi si può inoltre trovare della pepsina, o, comunque, un fermento che agisce sull'albumina in ambiente acido e forma dei peptoni; tale fermento esiste nel pneumogastrico sinistro, in maggiore quantità durante la digestione, e si ritrova anche nel bulbo, dove resta localizzato, senza affatto disseminarsi nel cervello.

Analogamente ai veleni e tossine, la pepsina, proveniente dallo stomaco, arriva al bulbo; quando si tenga presente che essa può agire come un peptone, con azione ipotensiva, vasodilatatrice, leucopenica, si comprende che il suo eccesso o la sua insufficienza possono dare disordini e disturbi nel tono e nell'equilibrio del nervo.

È questa la prima volta in cui si trova nel nervo di un organo il prodotto di secrezione di questo; analoghe ricerche dovrebbero farsi per la tiroide, i surreni, ricerche che sarebbero assai delicate, data la tenuità dei ramuscoli nervosi da esaminare: esse però, se positive, condurrebbero ad una nuova concezione dell'azione degli ormoni e delle sinergie ghiandolari. Si è invero obbiettato che i prodotti riscontrati si trovavano, non già nel vago ma nella guaina linfatica; e di fatto è probabilmente per questa via che penetrano le sostanze, ciò che non toglie che esse possano agire direttamente sul nervo e fissarvisi, tanto più che, come si è veduto, esse risalgono fino al bulbo.

Le osservazioni fatte in tale studio possono condurre a conclusioni pratiche in quanto che, come già si è accennato, il riassorbimento di sostanze tossiche può spiegare la genesi di molti disturbi e di diverse malattie del sistema nervoso. Bisogna dunque che specialmente i soggetti con lesioni gastriche siano sobrî riguardo alle sostanze tossiche, le quali possono avere una certa affinità con il sistema nervoso, alcool, eteri, prodotti volatili di ogni specie che possono venire riassorbiti. Occorre inoltre disinfettare gli stomaci ammalati, per evitare il riassorbimento microbico o tossinico, e le lesioni immediate o tardive, che possono esserne la conseguenza. Occorre accrescere la potenza digestiva per trasformare i prodotti alimentari e neutralizzarli. Bisogna infine cessare di considerare la pepsina unicamente come un prodotto di azione gastrica e soltanto come un fermento; il suo compito è

più generale e la sua azione sul sistema nervoso potrà probabilmente venire utilizzata in un certo numero di reazioni anormali o patologiche della digestione. FILIPPINI.

NEUROLOGIA.

Studi sullo zoster - Osservazioni sulla sovrapposizione delle aree sensitive cutanee - Caratteri del liquor.

(H. EINGHOFF. *Acta med. Scand.*, 6 aprile 1921).

L'A. descrive un caso di zoster con disturbi notevoli della sensibilità, che non fu però seguito da grave nevralgia: da questa e da altre osservazioni induce che, contrariamente all'opinione comune, l'intensità dei disturbi sensitivi iniziali, non ha eccessivo valore prognostico.

Si tratta di un uomo di 63 a. in buone condizioni, che sulla fine del settembre 1919, senz'altri prodromi, cominciò ad avvertire dolore urente alla spalla sinistra: dopo tre giorni comparvero vescichette giallastre numerose sui due terzi superiori della faccia anteriore del braccio, sulla spalla e sulla parte superiore dell'emitorace sinistro; ivi destavano dolore la pressione e i movimenti del braccio. In pochi giorni si formarono le croste, che dopo una settimana caddero, scoprendo piccole aree cicatriziali, in parte confluenti, di pelle sottile, arrossata, lucida. Persistendo i dolori, entrò in ospedale il 30 ottobre.

Nulla di notevole nell'esame generale. La motilità era normale: la sensibilità tattile fu saggiata con ovatta, la sensibilità termica e dolorifica col metodo delle soglie, notando la temperatura limite per la sensazione di caldo e per quella di freddo, e il peso minimo da caricare sull'ago per la sensazione di dolore (da 1 a 5 gr. nell'algesimetro Alrutz).

L'esame fu praticato sulle aree intermedie alle cicatrici. In primo tempo alla periferia della zona occupata dall'eruzione vi era ipoestesia pel caldo e pel freddo e iperalgesia, e in una estesa area centrale anestesia tattile, dolorifica e pel caldo, ipoestesia pel freddo. Gradualmente, e dalla periferia verso il centro della zona, ricomparve la sensibilità tattile, la termica pel freddo, quella pel caldo. Alla fine di novembre era solo dimostrabile ipoalgesia al moncone della spalla. Intanto i dolori e le parestesie diminuivano: in aprile 1920 la sensibilità obbiettiva era normale, subbiettivamente persisteva prurito e qualche dolore lancinante.

La zona occupata dall'eruzione corrispondeva quasi esattamente alla distribuzione cutanea della 3ª, 4ª e 5ª radice cervicale secondo Head e Seiffer: si estendeva un po' meno sul collo, ma forse, prima dell'iniziata regressione dei sintomi, la corrispondenza era più completa, e risulta dall'anamnesi che le parestesie si estendevano alquanto in alto sul collo. Head, che ebbe notizia del caso, pensò che potessero esser prese due sole radici, la 3ª e la 4ª, la cui area di distribuzione cutanea fosse spostata più indietro.

L'A. mette in evidenza che durante il miglioramento la zona periferica meno lesa, e la zona centrale più lesa nella sensibilità avevano confini all'incirca paralleli, erano continue, e ciascuna comprendeva aree pertinenti a più radici: la spiegazione più probabile è nella parziale sovrapposizione delle aree sensitive cutanee innervate da ciascuna radice. Infatti non è sostenibile che ogni ganglio fosse inegualmente leso nelle sue varie porzioni, e tanto meno che fossero egualmente lese quelle porzioni di due o tre gangli diversi che innervano la stessa area.

Contro la sovrapposizione delle aree sensitive vi è l'obiezione aprioristica di Petrèn e Bergmark, che cioè, soppressa una radice, non dovrebbe crescere la soglia dello stimolo, ma solo la distanza dei punti sensibili. Però vi sono casi, e l'A. ne riporta tre; di lesione della 12ª radice dorsale in nefrectomie; ai limiti della zona anestesica si è costantemente trovato un aumento della soglia dello stimolo. L'A. ricorda gli esperimenti di Sherrington sulla rana, e le osservazioni cliniche di Petrèn e Bergmalrk sullo zoster toracico, da cui risulta che per ottenere una completa anestesia su di una determinata area devono esser lese almeno tre radici: Mackenzie, in seguito ad osservazioni cliniche, e a dissezioni accurate ha pure concluso per la sovrapposizione delle aree radicolari di sensibilità tattile, termica e dolorifica; tale sovrapposizione è più estesa negli arti.

Moll van Charante adduce a prova della sovrapposizione il limite indeciso dell'iperalgesia cutanea che accompagna le lesioni viscerali, e il fatto che le lesioni midollari sono sempre più alte di quanto indica il limite superiore dell'anestesia.

Sul comportamento del liquor nello zoster l'A. riferisce osservazioni proprie, e riporta quelle di altri autori.

Generalmente vi è modica linfocitosi (5, 6 e fino a 16 per mmc. alla cellula di Nageotte); eccezionalmente manca. Talora furono viste anche grandi cellule mononucleate, talora elementi di oscura origine. La linfocitosi persiste parecchi mesi. In qualche caso furono trovate numerose emazie moriformi (1300 per mmc.) e l'A. esclude ogni errore di tecnica.

La pressione è di solito normale, talora un

po' aumentata. La Nonne è negativa, o debolmente positiva.

Vi sarebbero insomma lievi segni di irritazione infiammatoria, in accordo con l'ipotesi che lo zoster è una malattia infettiva acuta.

DORIA.

TERAPIA.

Sulla sieroterapia antidifterica.

Lereboullet, dell'Ospedale des Enfants-Malades di Parigi fissa (in *Paris Médical*, n. 45, 1921) la tecnica precisa della sieroterapia nella difterite, basata sulla necessità di un intervento precoce, sufficiente e di azione prolungata, affinchè ogni effetto tardivo della tossina sia per quanto possibile evitato. La via d'introduzione del siero ha formato per tanto tempo oggetto di discussione; la via *sottocutanea* per la sua semplicità è stata sempre ritenuta la via di scelta; è preferibile alla via boccale perchè inefficace e dannosa: è inefficace poichè come è stato dimostrato facendo ingerire del siero non si modifica la reazione di Schick come succede nell'iniezione sottocutanea; è dannosa perchè dando al medico la illusione di agire ritarda la somministrazione del siero per via sottocutanea e fa perdere un tempo prezioso. Nella difterite si tratta di agire presto e forte onde l'ingestione del siero è un errore terapeutico. Il valore comparativo fra le iniezioni sottocutanee, intramuscolari e intravenose può essere determinato dalla clinica e dall'esperienza; oggi è nozione acquisita (Arloing, Mongenroth, Levy) che l'azione del siero è più rapida per via intramuscolare e intravenosa che per via sottocutanea: per via intravenosa l'assorbimento dell'antitossina è immediato; ma la sua eliminazione è rapidissima, inversamente nella iniezione sottocutanea l'assorbimento è lento e progressivo, ma l'eliminazione è molto lenta.

L'iniezione intramuscolare tiene la via di mezzo; dopo quattro o cinque ore il potere antitossico si manifesta lentamente nel sangue, aumentando sempre per raggiungere il suo massimo nelle 24-48 ore per poi decrescere in seguito rapidamente.

L'esperienza dimostra che la via intravenosa e la via intramuscolare permettono una azione rapida ma che resta temporanea e che la via sottocutanea è più lenta ma di azione più prolungata; associare in pratica i vantaggi delle due vie è la conclusione più logica. L'iniezione endovenosa facile a praticarsi nell'adulto e nel bambino grandicello presenta delle difficoltà d'esecuzione nei piccoli bambini specie per l'indocilità loro e per ristrettezza delle vene; oltre che può esporre a degli accidenti gravi specie in bambini che hanno avute già iniezioni di siero a scopo preventivo o terapeutico. Tuttavia è necessario ricorrere alla via endovenosa nei casi gravi quando si vuole avere una azione rapida; la dose nel bambino non deve oltrepassare i 20 o 30 cmc. Il siero deve essere diluito in dose doppia o tripla di soluzione fisiologica, deve essere riscaldato a 38° e l'iniezione va fatta con estrema lentezza o può esser fatta a dosi minime, frazionate e successive secondo il metodo di Besredka.

L'iniezione intramuscolare per la semplicità della sua tecnica e la rapidità relativa della sua azione è preziosa nella pratica della sieroterapia; ma i migliori risultati secondo Lereboullet, che nel reparto difterici del grande ospedale parigino ha potuto fare numerose osservazioni, si hanno associando la iniezione intramuscolare alle iniezioni sottocutanee.

Lereboullet consiglia di iniettare, come lui pratica, in ogni caso di difterite, per via intramuscolare una dose massima di siero (250 U. antitossiche per kg. di peso) e nello stesso tempo di fare dello stesso siero una iniezione sottocutanea: segue questo metodo per vari giorni, secondo la gravità del caso.

Non bisogna avere paura delle forti dosi specie quando l'intervento è tardivo: in una bambina di 15 mesi, del peso di 10 kg. l'autore iniettò senza alcun incidente ed ottenendo la guarigione oltre 80,000 U. I. di siero in 5 giorni: nè bisogna aver paura quando il caso è grave, specie se si tratta di angina maligna o di difterite laringea, allora senza esitare si possono iniettare 80-100 cmc. di siero immediatamente, metà per via intramuscolare e metà sottocutanea.

Secondo Lereboullet la maggior parte dei casi di difterite guariscono se si osservano le tre regole seguenti:

1° Ogni caso deve essere trattato immediatamente con una iniezione intramuscolare iniziale di 20-60 cmc. di siero secondo l'età, la gravità ed il momento in cui si interviene (da 5000 a 20,000 U. I).

2° Questa iniezione sarà associata ad una iniezione sottocutanea fatta simultaneamente e questa sarà ripetuta i giorni seguenti (associata o non ad altra iniezione intramuscolare), fino alla scomparsa delle membrane.

3° Si proporzioneranno le dosi secondo la gravità della malattia, alla data dell'intervento, senza temere le alte dosi nei casi tardivamente trattati.

Nei casi ad andamento benigno le dosi possono essere diminuite. GENOESE.

CENNI BIBLIOGRAFICI

E. BIZZOZERO. *Malattie della pelle*. Torino, Unione Tip.-Editr. Torinese, 1921.

Del Trattato di Anatomia Patologica, pubblicato dal prof. Foà, è uscito ora il capitolo delle Malattie della pelle, per opera del professor Bizzozzero.

È un'esposizione concisa, corredata di belle fotografie di casi clinici e di preparati istopatologici. È ovvio che lo studio anatomopatologico delle affezioni cutanee è e deve essere, in generale, espressione della patologia studiata sul vivente e alla necroscopia, i dermatologi sostituiscono, per fortuna assai più spesso, la biopsia.

Ed appunto perchè all'anatomia patologica della pelle imprime molti e talora tutti i suoi caratteri la vita — come immaginare un eritema senza la circolazione? — che l'Autore ha dovuto, nella sua rapida rassegna, non trascurare la fisionomia clinica delle affezioni cutanee.

Il lavoro del Bizzozzero è veramente lodevole nella così scarsa e sempre più rara produzione di libri scientifici in Italia.

CESARE DUCREY.

COZZOLINO O. *Trattato di pediatria*, 3ª edizione. Vol. 1 in-° di pag. 551, con 75 fig. V. Idelson, ed., Napoli, 1921. Prezzo L. 35.

A distanza di soli cinque anni dalla seconda edizione della nota opera del prof. Cozzolino, ne compare una terza: il manuale si è ampliato in un trattato di cui viene ora pubblicato il primo volume. La disposizione della materia ed i criterî generali che informavano le prime edizioni ed hanno incontrato il favore dei medici non sono mutati, ma la materia vi è stata notevolmente accresciuta. Larga parte è fatta alle nozioni generali di fisio-patologia infantile, specialmente all'allattamento ed all'alimentazione del bambino sano, che vengono esaurientemente trattati: completamente rimaneggiato è stato il capitolo sui disturbi nutritivi del lattante, dei quali l'A. fa una classificazione, che non introduce inutili termini nuovi, ma sceglie ciò che di più sostanziale offrono le altre già note, avvicinandoci a quella di Finkelstein. Il presente volume comprende le generalità, le malattie dei neonati, quelle infettive acute e quelle dell'apparato digerente.

fl.

M. FLAMINI. *La piccola madre*. Un opuscolo in-12 di pag. 76. — Roma, presso la Scuola di Assistenza all'Infanzia, 1920.

La nostra letteratura sulla propaganda igienica si arricchisce di un utilissimo contributo. Il Flamini ha saputo evitare due scogli dei lavori di propaganda: dire troppo, rendendo l'esposizione ingombrante; dire troppo poco, riducendo l'utilità del lavoro. Nella sua ammirevole guida si trovano tutte le nozioni indispensabili per l'allevamento del bambino; egli insegna alle «piccole madri», cioè alle ragazze di famiglia, ciò che devono fare indicando i dettagli e fugando molti pregiudizi. Pur essendo conciso, non è arido, ma è chiaro e gradevole, il che contribuisce notevolmente ai pregi dell'esposizone del lavoro.

L. V.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

V Congresso della Società Italiana di Neurologia.

Firenze, locali della Clinica per le malattie nervose e mentali

(*19-20-21 ottobre 1921*).

In questo Congresso, avvenuto a varî anni di distanza dal precedente, non furono svolte relazioni su temi generali; le varie sedute furono tutte dedicate allo svolgimento di importanti comunicazioni scientifiche, molte delle quali non sono suscettibili di un breve riassunto: gli Atti del Congresso verranno pubblicati tra pochi mesi nella «Rivista di Patologia nervosa e mentale».

Nella *prima seduta* il presidente della Società, prof. EUGENIO TANZI (Firenze), commemora i Soci nazionali ed esteri defunti dall'aprile 1914 (epoca del precedente Congresso) in poi.

Quindi prende la parola il prof. ETTORE LEVI (Roma), direttore dell'Istituto Italiano d'Igiene, previdenza ed assistenza sociale, per svolgere la «Proposta di una collaborazione attiva della Società Italiana di Neurologia con la Lega d'Igiene e di Profilassi mentale di Francia». La proposta viene accolta ad unanimità dai Congressisti; si decide di nominare subito una Commissione con l'incarico di studiare l'endemia gozzo-cretinica dal punto di vista statistico, etiologico, profilattico e curativo, ed a far parte di questa Commissione sono eletti i professori LEONARDO BIANCHI (Napoli), ERNESTO LUGARO (Torino) e UGO CERLETTI (Milano).

Vengono poi svolte le seguenti comunicazioni:

ROSOLINO COLELLA (Palermo). — «Sui rapporti tra tubercolosi, delinquenza e neuropsicopatie».

L'O. illustra in special modo la polinevrite e le psicosi polinevritiche di origine tubercolare, nonchè le relazioni tra tubercolosi e delinquenza dal punto di vista patogenetico, medico-legale e profilattico. Alla discussione su questa comunicazione prendono parte GIROLAMO MIRTO (Palermo), GAETANO BOSCHI (Ferrara), ARTURO DONAGGIO (Modena), GIUNIO CATÒLA (Firenze).

GIROLAMO MIRTO (Palermo). — «Importanza del criterio etico nelle diagnosi psichiatriche giudiziarie. - Osservazioni cliniche per il progetto preliminare di Codice penale italiano».

L'O. documenta la necessità di un provvedimento legislativo che releghi i delinquenti prosciolti e dichiarati pericolosi nei Manicomi criminali e fa alcune proposte pratiche per il miglioramento del sistema delle perizie psichiatriche.

Nella *seconda seduta* viene svolta una serie di comunicazioni relative all'encefalite epidemica.

GIULIO TAROZZI (*Modena*) espone i risultati delle sue ricerche sperimentali «Sulla patogenesi delle alterazioni dei centri nervosi nella encefalite cosidetta letargica», con presentazione di preparati microscopici. Egli conclude che «è difficile il poter escludere che le alterazioni istologiche caratteristiche che si trovano nei centri nervosi nei casi di cosidetta encefalite letargica — e che sono poi quelle, pure caratteristiche, della encefalite non suppurativa — possano od anche debbano attribuirsi alla reazione sui centri nervosi delle tossine circolanti, riassorbite dalle localizzazioni infiammatorie di carattere grippale delle vie aeree, che si trovano sempre, almeno nella fase acuta della malattia, nei casi di encefalite letargica».

Prendono parte alla discussione OTTORINO ROSSI (Sassari), GIROLAMO MIRTO (Palermo), SERAFINO D'ANTONA (Siena), VITO MARIA BUSCAINO (Firenze), ERNESTO LUGARO (Torino), VINCENZO NERI (Bologna),

Sopra le forme croniche ed i postumi dell'encefalite epidemica, con riguardo alla sintomatologia clinica, al decorso, alla prognosi ed alla terapia svolgono comunicazioni OTTORINO ROSSI (Sassari), LIONELLO DE LISI (Cagliari), GUSTAVO MODENA (Ancona), MARIO ZALLA (Firenze), GIUNIO CATÒLA (Firenze).

LUIGI INSABATO (Firenze), parla «Di alcuni caratteri della sintomatologia psichica dell'encefalite epidemica: le allucinazioni»; e di «un peculiare disturbo respiratorio nei postencefalitici».

ALDO BERTOLANI (Reggio Emilia), illustra due casi di «Sindrome ipofisaria consecutiva ad encefalite epidemica».

ALFREDO COPPOLA (Torino), presenta un ammalato, a proposito del quale discute i rapporti tra «Sindrome parkinsoniana e sifilide».

Alla discussione su questo gruppo di comunicazioni prendono parte CAMILLO NEGRO (Torino), GIROLAMO MIRTO, OTTORINO ROSSI, LUIGI CASTALDI (Firenze), VINCENZO NERI, GAETANO BOSCHI (Ferrara), ERNESTO LUGARO, EUGENIO MEDEA (Milano).

Nella *terza seduta*, ARRIGO FRIGERIO (Firenze) comunica su «Alcuni dati su l'azoto del sangue degli alienati», mettendo in rilievo l'importanza dell'azotemia nella genesi di alcune sindromi psichiche, specie delle sindromi confusionali. Prende la parola OTTORINO ROSSI per compiacersi che le ricerche di Frigerio abbiano confermato un concetto già da lui tempo fa enunciato, specie in rapporto con la genesi di certe forme di presunta demenza senile (non arteriosclerotica).

ARTURO DONAGGIO parla «Sui fenomeni conglutinativi neurofibrillari cellulari», provocando una discussione cui prendono parte LUGARO, PAOLO AMALDI (Firenze) e BUSCAINO.

Lo stesso DONAGGIO illustra un procedimento tecnico da lui ideato per mettere facilmente in evidenza le degenerazioni primarie e le fasi precocissime delle degenerazioni secondarie delle fibre nervose. Presenta i relativi preparati microscopici. Interloquiscono ROSSI, MODENA, NELLO BECCARI (Firenze).

NELLO BECCARI comunica i principali risultati delle sue ricerche anatomo-comparative su «I centri tegmentali del rombencefalo». Partecipano alla discussione D'ANTONA e ROSSI.

OTTORINO ROSSI illustra alcuni casi anatomo-patologici atti a recar luce sui rapporti tra «Lesioni del corpo calloso ed aprassia», con presentazione di fotografie. Prendono la parola MEDEA e ANGELO PIAZZA (Bologna).

EUGENIO MEDEA porta un «Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio della sclerosi a placche disseminate», con presentazione di disegni di preparati microscopici. Partecipano alla discussione DONAGGIO, MIRTO e BOSCHI.

VITO MARIA BUSCAINO svolge una comunicazione su alcune «Sostanze basiche tossiche — ammine a nucleo immidazolico — presenti nelle orine di neuro- e psicopatici. Reazioni qualitative per metterle in evidenza. Loro distribuzione, genesi e significato biologico, specialmente nella demenza precoce, l'amenza e l'encefalite epidemica».

EMILIO SALUSTRI, rappresentato da MODENA (Ancona), riassume i risultati delle sue «Ricerche sulle zolle metacromatiche di Buscaino», confermando i risultati già da questi pubblicati.

Nella *quarta seduta*, O. ROSSI svolge una comunicazione «Sulla distrofia muscolare».

ALBERTO SALMON (Firenze), espone «Una nuova interpretazione dell'antagonismo tra i riflessi tendinei e cutanei nelle affezioni cerebrali e spinali»: i riflessi cutanei nelle alterazioni piramidali non scomparirebbero perchè sia interrotto il loro arco riflesso, ma solo pel fatto che la loro energia riflessa viene inibita per un fenomeno di derivazione di riflessi di maggiore intensità, dei riflessi cioè tendinei che in quelle affezioni acquistano una notevole intensità. Così pure l'esagerazione dei riflessi cutanei, spesso associata a diminuzione o scomparsa dei tendinei, sarebbe dovuta ad un difetto d'inibizione dall'attività riflessa profonda.

Prendono parte alla discussione DONAGGIO e ROSSI.

CAMILLO NEGRO illustra «Il fenomeno della troclea dentata nella malattia di Parkinson e nel parkinsonismo dell'encefalite epidemica», intrattenendosi sulla genesi e sul significato del sintoma da lui scoperto.

VINCENZO NERI parla de «L'eccitazione catodica nello studio dell'automatismo midollare».

Prendono la parola DONAGGIO, PIAZZA, SALMON, MARCO TREVES (Torino).

ARTURO DONAGGIO descrive alcune nuove particolarità di struttura dei globuli rossi del sangue e presenta i relativi preparati microscopici.

Seguono tre comunicazioni di argomento affine.

ALBERTO TERZANI (Firenze). «Osservazioni comparative sulle principali reazioni del liquido cefalorachidiano con speciale riguardo alla reazione del benzoino colloidale».

ARMANDO FERRARO (Sassari). «Sulla reazione del benzoino colloidale».

CRISTOFORO RIZZO (Firenze). «Reazione di Wassermann e metodi a precipitazione colloidale nel liquido cefalo-rachidiano dei neuro-sifilitici».

Gli Oratori sono concordi nell'affermare che i metodi a precipitazione colloidale, pur non essendo destituiti di utilità clinica, non presentano particolari vantaggi rispetto agli altri ben noti metodi di esame del liquido cefalo-rachidiano; per la sierodiagnosi delle affezioni sifilitiche del sistema nervoso la prova di Wassermann rimane finora insostituibile.

Nella *quinta ed ultima seduta*, DE LISI illustra alcune sue interessanti osservazioni di «Macchie addominali bronzine a speciale topografia nei pottici midollari».

ROSSI parla «Sulla paraplegia improvvisa nel decorso di malattie vertebrali».

ALFREDO COPPOLA svolge una comunicazione su «Le spirochete nella paralisi progressiva», presentando dei preparati ottenuti con metodi tecnici in parte originali, a proposito dei quali prendono la parola DONAGGIO e LUGARO.

INSABATO presenta «un caso di emisolletico», illustrando il significato e il valore diagnostico topografico di questo sintoma da lui messo in evidenza.

ZALLA e COPPOLA riferiscono alcune «Osservazioni sulla terapia della paralisi progressiva». Parlano dei risultati della cura specifica, praticata anche per via intrarachidea, dimostrandosi in massima ad essa favorevoli. Concordano con loro ROSSI e MEDEA, mentre MIRTO si dichiara contrario alla cura specifica della paralisi progressiva.

MARCO TREVES (Torino), svolge una comunicazione sulla «Scrittura automatica in neuro- e psicopatici».

ZALLA parla de «La mortalità per tubercolosi negli ammalati di mente con particolare riguardo ad eventuali rapporti tra tubercolosi e demenza precoce (in base a 1023 autopsie)» prendono la parola MIRTO e MEDEA.

MEDEA comunica «A proposito di alcuni casi di tumore intrarachideo extra-midollare», presentando pezzi anatomici e fotografie.

In una *seduta privata* dei Soci della Società si procede alla nomina del Consiglio direttivo per il biennio 1922-1923; vengono eletti i seguenti Soci:

BELMONDO (Padova), BERTOLANI (Reggio Emilia), BESTA (Messina), BIANCHI LEONARDO (Napoli), CENI (Cagliari), COLELLA (Palermo), D'ABUNDO GIUSEPPE (Catania), DONAGGIO (Modena), FRAGNITO (Siena), GOLGI (Pavia), LUGARO (Torino), MINGAZZINI (Roma), MORSELLI ENRICO (Genova), NEGRO (Torino), BELLIZZI (Pisa), ROSSI (Sassari), SCHUPFER (Firenze), TANZI (Firenze).

Il prof. GIUSEPPE D'ABUNDO viene eletto Presidente della Società.

Si stabilisce che il sesto Congresso della Società abbia luogo a Napoli nel 1923.

ZALLA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le localizzazioni extragenitali del sifiloma. in rapporto alla pratica chirurgica.

Talune atipiche localizzazioni extragenitali del sifiloma, pei loro caratteri possono indurre in errore sulla diagnosi di natura anche chirurgi esperti se non si ha l'abilità di esser completi negli esami clinici e nelle ricerche di laboratorio. Molto interesse destano quindi le osservazioni che Cignozzi pubblica nella *Riforma medica* (n. 39, 1921) e riguardanti un sifiloma del labbro inferiore, di un'ulcera al labbro superiore, di una all'apice della lingua, di un'altra alla tonsilla di destra e di un'ultima alla guancia sinistra.

Nel primo caso si trattava di una donna ventenne ricoverata nell'ospedale per «favo» al labbro inferiore.

Obiettivamente si nota un processo ulcerativo atipico, prolifero nella parte destra del labbro inferiore, con ingorgo notevole delle sottomascellari dello stesso lato, con tumore di milza, con febbre. Dopo 15 giorni roseola tipica.

Cura arsenobenzolica: in 22ª giornata perfetta guarigione.

Il secondo malato, cameriere di 24 anni, ha notato da due mesi una piccola lesione di continuo sul labbro superiore. Obiettivamente presenta un'ulcerazione centrale del labbro superiore con infiltramento ed edema; tumore di milza; roseola incipiente sull'addome e sul torace. Cura arsenobenzolica; cicatrizzazione dopo 25 giorni.

Il terzo malato viene inviato per sospetto epitelioma della lingua. Obiettivamente verso l'apice della lingua si nota una ulcerazione ombelicata, facilmente sanguinante, del volume di una noce, con ingorgo delle sottomascellari di destra. Ha cefalea, tumore milza, residui di macchie sull'addome.

Guarigione dopo 30 giorni con arsenobenzolo.

Il quarto malato presenta un'ulcerazione vegetante sulla tonsilla destra, con contorni duri: ha cefalea, febbre, tumore di milza e dopo 8 giorni tipica roseola. Guarigione come negli altri casi.

Nel quinto caso la paziente, di 28 anni, pre-

senta una ulcerazione a tipo fungoso sulla guancia sinistra, della forma e del volume di uno scudo; dopo 15 giorni presenta roseola.

Esito terapeutico ottimo e rapido con l'arsenobenzolo.

Esposte queste osservazioni, l'A. s'indugia a mostrare quali sono i sintomi che possono rendere sicuri della diagnosi (roseola - placche mucose - tumore di milza - adenopatia) e sulla terapia di simili affezioni.

MONTELEONE.

Febbre sifilitica a tipo ricorrente.

Oramai è stabilito che movimenti febbrili nella infezione luetica si verificano con notevole frequenza: è però certo che la febbre sifilitica si presenta sotto forme così diverse che facilmente può essere erroneamente interpretata.

Maggesi rende, a tal proposito, nota una sua personale osservazione (*Rivista Crit. Clin.-Med.*, n. 22, 1921).

Si trattava di una bambina novenne, primo parto di madre gracile e scrofolosa, dapprima in florida salute, a cinque anni sofferente di morbillo grave, ed in seguito soggetta a manifestazioni cutanee di natura imprecisabile.

Nel settembre 1920 accusò lieve cefalea e dolore all'orecchio destro, poi insorse senza brivido alta febbre, caduta due giorni dopo senza profusi dolori.

Dopo quattro giorni di apiresica nuovo accesso con gli stessi caratteri, e, in seguito si sono ripetuti più volte accessi simili, nell'ultimo dei quali fu constatato un esantema generalizzato, impalliditosi il quale, la cute nella stessa sede andò desquamandosi. In tal momento ricovera in Ospedale.

All'esame obiettivo notasi lieve ipertricosi al dorso, ghiandole numerose, dure, mobili, indolenti, di varia grandezza, in tutte le stazioni ghiandolari.

Il fegato in basso deborda di circa 5 cm. dall'arco costale; è aumentato nella sua consistenza. La milza, già ingrandita superiormente, sporge dall'arco costale, dura, non dolente, liscia. Non si notano altri sintomi patologici.

Verso la fine di ottobre si presentò un accesso febbrile con temperatura fino a 40,6, la febbre per crisi cadde due giorni dopo senza sudori. Col primo rialzo febbrile comparvero al tronco, alle coscie, alle braccia, numerose macchie rosso bluastre, rilevate di dimensioni fino ad una moneta da 10 centesimi; dopo alcuni giorni le manifestazioni cutanee, progressivamente impallidite, erano scomparse lasciando come unico residuo una appena apprezzabile pigmentazione.

L'esame del sangue fu negativo per la malaria; le urine erano normali.

Il giorno 8 novembre l'accesso ricomparve, preceduto dalla manifestazione cutanea, con gli stessi caratteri dei precedenti.

La siero-reazione pel tifo, per i paratifi, per il melitense, risultò negativa. Negativa fu l'inoculazione del sangue nella cavia e nel coniglio. Notevole leucocitosi con tendenza alla inversione della formula.

Sieroreazione di Wassermann intensamente positiva nell'intervallo fra un accesso e l'altro nella malata, negativa nei genitori e nel fratello.

L'A. descritto il caso esamina le varie diagnosi che a tal punto potevano porsi e dice che senza dar eccessivo peso alla positività della reazione di Wassermann (poteva trattarsi di una infezione febbrile sopraggiunta in soggetto precedentemente affetto da lues, ovvero di una malattia protozoaria) bastò per avvalorare l'eccezionalità del caso, il criterio terapeutico.

Iniziato un trattamento mercuriale, alle prime frizioni di unguento cinereo si ebbe dapprima l'immediata ripetizione degli accessi febbrili, poi completa apiressia, miglioramento dello stato generale, scomparsa dell'esantema, diminuzione delle pleiadi gangliari, debole positività della reazione di Wassermann.

La cura fu completata con il novarsenobenzolo.

Stabilita la diagnosi, così, di sifilide con manifestazioni febbrili a tipo ricorrente, come spiegare il meccanismo patogenetico della febbre?

Difficile è ammettere che una formazione specifica, sia gommosa che d'altra natura, abbia a riversare i suoi prodotti regressivi in circolo e dare quindi origine al fatto febbrile periodico; come pure non è ammissibile che un fatto suppurativo, secondariamente impiantatosi, possa generare fenomeni morbosi generali che tanto si discostino dalle ordinarie manifestazioni a lui proprie. Nè questo è il caso di parlare di ipersensibilità organica o di minore acquisita immunità.

Sorge quindi spontanea l'ipotesi che la febbre debba in qualche modo collegarsi con la biologia del parassita stesso, come avviene per le molte altre febbri che stanno in rapporto con una invasione ematica di altri protozoi.

MONTELEONE.

La guarigione spontanea della sifilide

F. Lesser (*Berl. Klin. Nochen.*, 1921, n. 24) osserva che il 44 % degli individui trattati con la sola cura mercuriale sono da considerarsi verosimilmente guariti dopo 20 anni, mentre non si trova che il 53 % di guarigioni fra quelli che hanno fatto 4-7 cure. Ora, siccome una sola cura mercuriale non può produrre un effetto abortivo, l'A. conclude che il 44 % dei malati guarisce spontaneamente: inoltre, la differenza fra i guariti con cura unica e quelli con cure multiple è troppo piccola perchè si possa attribuire al mercurio la guarizione; ne viene quindi che le guarigioni reali (distruzione delle spirochete) osservate con l'uso del mercurio non sono che guarizioni spontanee.

L'A. mette poi in rilievo le differenze fra il mercurio e gli arsenobenzoli: il primo fa scomparire gradatamente le spirochete dall'ulcera, non ha effetto abortivo nella fase negativa della sierodiagnosi, non ha azione profilattica: la reazione di Wassermann, anche se diventata negativa, ritorna poi spesso positiva; non si osservano che raramente reinfezioni (30 casi conosciuti); la guarigione è indipendente dal numero delle cure; il mercurio sarebbe solo un medicamento sintomatico, che agirebbe solo sulle produzioni sifilitiche, sulle cellule alterate dalla spirocheta. Con gli arsenobenzoli invece, si osserverebbe il contrario; essi sono realmente spirocheticidi ed, usati precocemente, possono dare la guarigione medicamentosa.

fil.

Il trattamento endospinale della sifilide nervosa.

Da uno studio sintetico di E. N. Boudreau (*Med. Record*, 1921, 24 sett.) si ricavano le seguenti conclusioni. Il sistema nervoso centrale viene precocemente invaso dalla spirochete, anche senza dare necessariamente segni clinici. Un energico trattamento endovenoso con salvrsan, associato al mercurio ed agli joduri, storna il pericolo in un gran numero di casi; la guarigione deve essere confermata dai reperti negativi nel *liquor*.

Certi casi però non rispondono a questo trattamento: è meglio allora ricorrere al metodo di Swift-Ellis-Olgivie (siero salvarsanizzato o arsfenamizzato, introdotto nel canale rachideo, con aggiunta diretta di una frazione di milligrammi di salvarsan o di arsfenamina); con tale sistema si ottengono notevoli miglioramenti clinici. Invece il metodo di Byrnes (siero mercurializzato) è più pericoloso e può produrre gravi reazioni. Il metodo al drenaggio di Dernum non è senza pericolo, è molto doloroso e dà risultati su cui i vari autori non sono concordi.

fil.

Per impedire lo shock dopo l'iniezione di arsenobenzoli.

Da un lavoro riassuntivo di L. Cheinisse (*Presse méd.*, 1921, n. 51) ricaviamo i seguenti dati. Nelle ricerche sperimentali su animali, si è dimostrata utile l'aggiunta di uguali quantità di una soluzione al 5 % di iposolfito di sodio, ciò che avrebbe per effetto di impedire la floculazione nei capillari. Sicard raccomanda il carbonato di sodio (g. 0.6-0.75 in 30 cmc. di soluzione fisiologica). Stokes inietta mg. 1.2 di atropina per via sottocutanea 15' prima dell'iniezione di arsenobenzoli. Kopacewski aggiunge allo soluzione di salvarsan 3-4 goccie di etere, oppure introduce il salvarsan in soluzione di saccarosio al 2 %; consiglia anche di iniettare etere (3 cmc.) 10'', prima od olio canforato (5 cmc.) 1/2 ora prima. L'azione dell'adrenalina non sarebbe sicura.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Effetti dell'iniezione sperimentale di adrenalina.

A) *Azione dell'adrenalina sulla concentrazione del sangue.* — Il contenuto in proteidi del siero sanguigno aumenta pochi minuti dopo l'iniezione, per tornare lentamente alla norma o scendere al disotto di questa entro un'ora. In alcuni casi rari il contenuto in proteidi diminuisce dopo l'iniezione (E. Billigheimer, (*Deutsch Arch. f. Klin. med.*, n 1, 1921, lo spiega con varie ipotesi).

L'aumento della concentrazione del sangue che segue quasi regolarmente all'iniezione di adrenalina si può mettere in rapporto con l'aumento della concentrazione sanguigna, che si osserva nelle ipertonie essenziali e come in queste può dipendere dalla vasocostrizione.

B) *Azione dell'adrenalina sulla glicemia.* — Il decorso della curva glicemica in seguito all'iniezione di adrenalina non è in rapporto con l'aumentata concentrazione del sangue; essa è l'esponente dell'irritabilità dei nervi simpatici del fegato, forse anche della sensibilità delle cellule epatiche al farmaco. L'A. distingue curve di 24 tipi, e a seconda di esse parla di eccitabilità subnormale, eccitabilità normale, eccitabilità ipernormale.

Gli individui ipertonici e vegetativo-neurotici presentano l'eccitabilità ipernormale. I disturbi dell'equilibrio ormonico causano un

aumento (orteomalacia) o una diminuzione (Addison, sclerodermia) dell'irritabilità dei nervi simpatici del fegato.

C) *L'azione dell'adrenalina sulla glicosuria.* — L'azione glicosurica dell'adrenalina non esiste negli individui sani a digiuno; non si può quindi applicare all'esame funzionale del sistema vegetativo. Essa è eminentemente dipendente dall'alimentazione contemporanea (stato di pienezza dei serbatoi di glicogeno).

D) *Azione dell'adrenalina sul polso e sulla pressione del sangue.* — L'A. distingue tre tipi dell'azione angioneurotica dell'adrenalina: 1) il tipo costrittorio o simpatico (aumento forte e rapido, poi discesa più lenta della pressione sistolica e aumento di quella diastolica), frequente rallentamento del polso (eccitazione degli antagonisti); 2) il tipo dilatatorio o parasimpatico (discesa contemporanea della pressione sistolica e diastolica). Non si osserva mai rallentamento del polso; 3) il tipo misto (aumento e discesa discreti e graduali della pressione sistolica mentre quella diastolica rimane immutata o discende di poco).

La curva della pressione sanguigna dipende in primo luogo dall'eccitabilità dei coscrittori, in secondo luogo dall'eccitazione dei dilatatori, che si manifesta specialmente nei casi di insensibilità dei costrittori all'adrenalina. Una forte azione vaso-costrittrice va spesso parallela con una curva iperglicemica. Talvolta però si osserva una dissociazione fra le due reazioni: scarsa azione costrittrice e forte azione glicemica; nel primo dei casi si tratta probabilmente di complicate condizioni d'eccitabilità vasale, nel secondo di stati anormali delle cellule epatiche.

E) *Azione dell'adrenalina sul quadro ematologico.* — L'alterazione del quadro ematologico è il suo sintomo più costante, si osserva una leucocitosi assoluta e relativa con prevalenza dei linfociti in una prima fase, dei polinucreati in una seconda fase; e una lieve diminuzione degli eosinofili.

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1186) *Nelle ragadi anali.* Al dott. Frassetto da Nulvi:

Per ottenere la guarigione bisogna ricorrere alla « divulsione forzata dell'ano », la quale si pratica sotto narcosi generale, ovvero con la rachianestesia lombare e meglio ancora con quella sacrale. Dopo di che la ragade può essere escissa, riunendo per *primam* (processo meno usato); ovvero si cauterizza leggermente e si lascia guarire per granulazione. Le sofferenze acerbe della ragade cessano subito. E necessario mantenere per qualche giorno l'alvo chiuso con uno dei soliti mezzi (tintura d'oppio, laudano ecc.).

T. F.

(1186) Al dott. T. T. da Arezzo:

La Clinica oculistica non si pubblica più come tale, essendosi nel 1916 fusa cogli « Annali di Oftalmologia » sotto l'unico nome: *Annali di Oftalmologia e di Clinica Oculistica*, diretti dai proff. Cirincione e Rampoldi.

Il periodico riavrà luce entro questo mese (dopo una sospensione di alcuni anni a causa della guerra).

L'abbonamento in Italia è di L. 100 e dà diritto a 12 fascicoli di circa 100 pagine ciascuno. L'amministrazione del periodico è presso la Clinica Oculistica di Roma (al Policlinico Umberto I).

Un altro periodico della specialità è edito a Napoli dal prof. Angelucci: *Archivio di Oftalmologia*. Abbonamenti presso quella R. Clinica Oculistica.

Esiste infine un periodico *pei pratici*, edito dal dott. Bruno, mensilmente. Stab. Tipografico Cav. Pasquale Rocco, S. Giovanni a Teduccio (Napoli). MAGGIORE.

(1187) *Manuali di semeiotica, diagnostica, chirurgia d'urgenza, ostetricia.* — Al dott. G. P. da L.:

Consigliamo il trattato di semeiotica medica del Ferrannini (Napoli, libreria Detken e Rocholl), i trattati di diagnostica del Leube e quello italiano del Ferrio (Società ed. torinese). Per la chirurgia d'urgenza ottimo è sempre il Lejars. Per il suo scopo servirà ottimamente il trattato del Bumm. *t. p.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Contro l'eccessivo gravame dell'imposta sui medici.

La presidenza della Libera Associazione dei medici di Trieste ha diretto il seguente memoriale alle R. Amministrazioni delle imposte di Trieste:

Il firmato consiglio direttivo, allarmato per la severità, con la quale si è finora proceduto nella commisurazione dell'imposta sulla rendita a carico dei medici, pur non volendo fare il benchè minimo tentativo, che possa aver l'apparenza di sottrarre i medici ai loro doveri di contribuenti, si permette tuttavia di richiamare l'attenzione di codesto Ufficio su alcune circostanze, che non sempre appariscono evidenti e per l'ignoranza delle quali ben pochi sanno che nella carriera medica qui e altrove il bilancio finale è il seguente:

o il medico muore precocemente e lascia quasi sempre la famiglia nell'indigenza, o, se invecchia, campa nella maggior parte dei casi a mala pena, ove non disponga di risorse situate all'infuori della sua professione.

Anzitutto è notorio che i medici non hanno elevato le loro pretese in misura proporzionale al fantastico rincaro postbellico della vita, di cui hanno invece subito tutti i danni: fra questi danni i principali sarebbero:

1. L'aumento di tutte le spese in generale, e particolarmente di quelle inerenti all'acquisto di istrumenti, libri, ecc.;

2. La consuetudine sempre più invalsa nel pubblico di ricorrere all'opera del medico con molta parsimonia e soltanto in casi di vera necessità;

3. L'estensione sempre più allargata dei provvedimenti di assicurazione sociale contro le malattie, che restringono proporzionalmente la cerchia della clientela privata.

In secondo luogo è bene ricordare che in ogni tempo i medici, a differenza di quasi tutti gli altri professionisti ed esercenti, dall'un canto prestano consapevolmente su vasta scala l'opera loro vuoi gratuita vuoi a condizioni di favore, dall'altro subiscono lo sfruttamento di male intenzionati clienti, i quali speculano sul senso di dignità e di abnegazione nonchè sull'aureola di apostolato, che si è voluta imprimere all'esercizio della medicina, per truffare le retribuzioni dovute in compenso all'opera prestata.

In terzo luogo il numero dei medici a Trieste è cresciuto dopo la redenzione a tal punto che sul principio del presente anno scolastico il firmato consiglio direttivo reputò doveroso di pubblicare un appello ai giovani, per sconsigliarli dal dedicarsi allo studio della medicina.

Se si tien conto di questi fatti e ancora della necessità, alla quale i medici non possono sottrarsi, di condurre una vita anche esteriormente e formalmente decorosa, si comprenderà di leggeri che in nessuna epoca — ed oggi meno che mai — la professione ha concesso alla stragrande maggioranza dei medici quei larghi margini di utile, che loro usano imputare i profani e gli ignari.

Quanto ai sopraprofitti di guerra, è ugualmente opportuno di rilevare che, per i richiamati a più o meno lungo servizio militare, i danni immediati e duraturi sono stati così evidenti e così ingenti, da rendere superflua ogni parola di commento, mentre per coloro, che hanno avuto la ventura di rimanere a casa, i guadagni sono rimasti limitati alla potenzialità dell'onesto esercizio professionale ed in ogni modo ben lontani da qualunque confronto con l'attività svolta in questo senso da industriali, commercianti e consimili.

L'intestata associazione nutre fiducia che l'amministrazione delle imposte e le commissioni di stima vorranno tener conto di quanto sopra esposto, per esser in grado — nelle commisurazioni non ancora effettuate e nella valutazione dei reclami già presentati — di emettere in ogni singolo caso un giudizio obbiettivo, equo e sereno.

Con perfetta osservanza

per il Consiglio direttivo

il Pres.: Dott. MANN, il Vice-pres.: Dott. RAVASINI.

Requisiti del Medico Specialista.

«Il VI Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici (Roma, novembre 1921); ritenuto che per l'esercizio di una specialità medico-chirurgica occorrono conoscenze e pratiche speciali e molteplici per il medico possa dare ai malati, nell'ambito di quella branca, effettivamente e notevolmente di più di quanto non possa il medico non specializzato; ritenuto necessario, per il valore della scienza medica e per l'onestà dell'esercizio professionale, porre un argine alla improvvisazione di medici specialisti, desume che per esercitare una specialità, e farsi riconoscere, sotto qualunque forma specializzato, occorrono, oltre alla laurea in Medicina e Chirurgia, almeno l'uno o l'altro dei seguenti requisiti:

a) quattro anni *post-lauream* di assidua e continuata frequenza di una clinica o di un reparto ospedaliero specializzato;

b) la libera docenza in quella materia;

c) il primariato ospedaliero. I certificati dei così detti «corsi di perfezionamento» universitari siano pure ottenuti in seguito a prova di esame, mentre potranno essere valutati come titoli nei concorsi; non dovranno essere bastevoli a conferire figura di specialista a chi li possiede e non dovranno valere se non in rapporto alla durata del tempo conglobata nella durata complessiva come richiesta sopra; nè il titolo relativo potrà essere affacciato al pubblico per modo che l'interessato venga a qualificarsi indebitamente e tendenzialmente «specialista», il Congresso ammette di dovere riconoscere il diritto acquisito di coloro i quali effettivamente esercitano già la specialità, purchè essi possano dimostrare al rispettivo Consiglio dell'Ordine che ciò dati

almeno da un anno, in essi conglobato in eventuale periodo di preparazione in pubblici istituti, ben documentabili a sua volta. E mentre dà mandato alla Presidenza Federale di occuparsi per provocare una disposizione di legge conforme ai principii ed alle esigenze sopra esposti, la invita a chiedere che i Rettori delle Università indichino dei diplomi relativi ai brevi «Corsi di Perfezionamento» che essi non sono sufficienti ad impartire la qualifica di specialisti; ed invita i Colleghi dei diversi Ordini ad apporre nell'albo, fra le indicazioni riguardanti gli inscritti, anche la indicazione della eventuale specialità medico-chirurgica in base a criteri già indicati; e a diffidare, anche pubblicamente, dalla professione di medici specialisti i Colleghi che non si fossero potuti inscrivere *come tali* nell'albo per mancanza dei requisiti voluti».

Contro l'illegale abilitazione alla odontoiatria.

«Il VI Congresso della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, riferendosi ai suoi deliberati precedentemente espressi circa l'esercizio abusivo dell'arte sanitaria in genere e di quello odontoiatrico e di protesi dentaria in ispecie;

considerato che le continue ed illegali concessioni di abilitazione alla odontoiatria a meccanici e mestieranti lede il decoro e gli interessi morali ed economici della classe;

delibera: svolgere un'azione energica, concorde ed uniforme secondo le direttive che il Consiglio Federale invierà agli Ordini;

e protesta presso il Governo, perchè abbiano una buona volta a finire le concessioni alle abilitazioni all'esercizio odontoiatrico».

Contro il proposto "Ordine degli Odontoiatri".

«Il VI Congresso Federale degli Ordini, sostiene la necessità di una azione contro coloro che abusivamente esercitano l'odontoiatria e contro i medici che prestano il loro nome a gabinetti dentistici;

di opporsi alla proposta di legge Sandulli la quale sotto il manto di un progetto equo e sensato, contiene la disposizione che si possa esercitare l'odontoiatria da parte di individui nè medici nè chirurghi-dentisti, ma muniti di un diploma estero e l'autorizzazione a continuare nell'esercizio della professione a favore di persone non medici nè chirurghi dentisti ma che hanno solo il titolo di pagare da oltre tre anni la tassa di ricchezza mobile;

esprime il proprio giudizio contrario alla costituzione di un Ordine di Chirurghi dentisti non medici, non giustificata per una classe di esercenti a carattere precario».

«Il VI Congresso degli Ordini dei Medici;

vista la proposta di legge dell'on. Sandulli per l'istituzione degli Ordini degli Odontoiatri;

considerato che la categoria dei chirurghi dentisti e dei meccanici dentisti abilitati all'esercizio dell'odontoiatria e della protesi dentaria è destinata a scomparire per effetto della legge 31 marzo 1912, n. 298, «sull'esercizio dell'odontoiatria»;

si dichiara risolutamente contrario all'approvazione della proposta Sandulli;

e conferma la propria proposta di affidare agli Ordini dei Medici la compilazione dell'elenco dei chirurghi-dentisti e dei Meccanici-dentisti abilitati all'esercizio dell'odontoiatria e protesi dentaria e la disciplina degli inscritti in tale elenco, con le dovute garanzie per questi stessi inscritti».

Per le pensioni dei medici condotti.

«Su proposta dell'Ordine dei Medici di Foggia, relatore Telesforo, il VI Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici, tenuto presente che le condizioni attuali dei medici condotti pensionati sono indecorose, umilianti, non corrispondenti alla lunga carriera di lotte e di sacrifizi sostenuti per moltissimi anni, delibera che il Presidente Federale ed il Presidente Generale dell'Associazione nazionale Medici Condotti continuino l'opera finora spiegata presso le autorità competenti, presso il fascio medico parlamentare, perchè il progetto di legge venga al più presto discusso ed approvato dal Parlamento».

Per i ribassi ferroviari ai medici condotti.

«Su proposta dell'Ordine dei Medici di Foggia, relatore Telesforo, il VI Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici, ritiene la necessità di fare conferire a tutti i medici condotti d'Italia il *libretto ferroviario* con le medesime facilitazioni date ai maestri comunali, poichè quelli al pari di questi sono impiegati di concetto comunali ed hanno il diritto di voler migliorare la loro cultura intellettiva frequentando corsi di perfezionamento per i loro studi e delibera che la Presidenza Federale ed il Presidente della A. N. M. C. svolgano opera attiva presso il Governo per ottenere che al più presto venga sanzionata questa urgente necessità».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9231) *Concorsi per la nomina a medici condotti.* — Dott. G. S. da P. — Allorchè colui che è stato nominato medico condotto rinunzia al posto prima di assumerlo, legalmente opera il Consiglio comunale, se, ritornando sulla graduatoria già fatta, sostituisce il rinunziante con altro collega senza bandire nuovo concorso. È naturale che, come per la prima nomina, anche per la seconda, il Consiglio od il Commissario abbiano facoltà di scegliere chiunque incluso in graduatoria e non già solamente chi segue immediatamente il rinunziante. Come recente dottrina afferma la funzione di un Commissario prefettizio, è funzione di governo e non di antarchia locale e, sebbene egli abbia la rappresentanza del Comune, rimane sempre un organo governativo non antarchico e, quindi, le deliberazioni che egli assume, ancorchè ratificate dal Prefetto, restano provvedimenti non definitivi e perciò impugnabili con ricorso al Governo del Re.

(9232) *Visite necroscopiche.* — Dott. A. D. da

M. — L'obbligo delle visite necroscopiche appartiene ai medici condotti di reparto.

(9233) *Obblighi di servizio dell'ufficiale sanitario.* — Dott. M. S. da A. — L'ufficiale sanitario non può assentarsi dalla propria residenza per cinque od otto ore giornalmente. Nulla si opporrebbe alla accettazione degli insegnamenti cui accenna nel quesito, se il disimpegno di essi non impedisse di esercitare a dovere l'incarico di medico condotto in un paese distante 12 chilometri.

(9235) *Servizio di supplenza in condotta.* — Dottor N. G. da B. — Non trattandosi di un posto nuovo nè di una nuova condotta che si aggiunge a quella che ora esercita, ma di un semplice incarico temporaneo, non può pretendere che una semplice indennità per i giorni in cui si è realmente portato in frazione e v'ha prestato servizio.

(9236) *Ricchezza mobile.* — Dott. B. F. da V. — La tassa di R. M. si paga non solo sullo stipendio, ma anche sui caro-viveri e sulle indennità, che competono alle persone di famiglia. Non può, quindi, dolersi del trattamento fattole da codesto Comune.

(9237) *Tassa esercizii per i medici.* — Dott G. D'A. da M. di S. — Il medico condotto e l'ufficiale sanitario non sono tenuti a pagare la tassa esercizii e rivendite come impiegati comunali. Se essi, però, esercitano anche la professione libera sono tenuti a pagarla proporzionatamente all'utile che da tale esercizio ritraggono. Non è possibile precisare quanto in concreto deve pagare, in quanto che la classifica nel ruolo dipende da tanti coefficienti, che ci sono ignoti, fra cui, principalissimo, ciò che guadagna dall'esercizio della professione libera. Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

ALEZIO (*Lecce*). — Scad. 16 feb. L. 5000 per 1500 pov., addiz. L. 5 fino a 2000, 4 quinq. decimo; caro-viv.

BAGNO DI ROMAGNA (*Firenze*). — Scad. 15 febbr. Due cond. L. 8000 residenz., doppio c.-v., 8 trienni decimo, L. 3000 cav.; ad uno dei due cond. potrà concedersi indenn. L. 1200 disag. resid.

BIANZONE (*Sondrio*). — L. 5250, elevabili a 6000 dopo il biennio di prova, fino a 500 pov.; addizion. L. 2.50; indennità trasferta L. 630; mezzo trasporto L. 500; uff. san. L. 400; doppio c.-v. Capitolato concordato. Scade 15 febbraio. Serv. entro 15 g.

BENNA (*Novara*). — Cons. con Massazza e Verone; ab. 1641, di cui 155 pov.; L. 5000 per 300 pov., addiz. L. 5, p. uff. san. L. 1000, per alloggio L. 500. Scad. 15 febbraio.

CAMPOFIORITO (*Palermo*). — L. 5000, addiz. L. 5 oltre 500 pov., L. 5 oltre 1000; per uff. san. L. 500. Scad. 9 febbraio.

CALIZZANO (*Genova*). — Scad. 20 feb. 2ª cond. per circa 50 pov.; L. 4000 e 3 quinq. decimo, lire 1500 mezzi trasp., doppio c.-v.; residenza in fraz. Pasquale.

CASTELFRANCO DI SOTTO (*Firenze*). — Scad. 20 feb.; L. 6000 e 3 trienni decimo, 2 caro-viv.

CAVELLO (*Rovigo*). — Scad. 10 feb. L. 6000; in corso approvaz. 25 % per 1000 pov. e L. 100 ogni gruppo di cinquanta o fraz., L. 2500 se cavallo, L. 1200 bicicl., con 50 % in corso approvaz.; lire 1000 alloggio; L. 400 ur. san.; due caro-viv.

CIVITA D'ANTINO (*Aquila*). — Scad. 10 febbr.; residenz.; L. 6000 oltre L. 2000 cav. e L. 500 uff. san

CONCORDIA SAGITTARIA (*Venezia*). — A tutto 20 febb. proroga; 2 condotte; L. 8580, due c.-v., lire 1500 bicicl., L. 1000 malaria, L. 600 all'uff. san., L. 2 ogni povero sui 1000; tariffa Ordine.

FANANO (*Modena*). — Scad. 31 genn., 1ª cond.; L. 8000 con 10 aumenti del ventesimo, c.-v., indenn. cav., assicur.

FICULLE (*Perugia*). — 2ª cond. residenziale; lire 6000, doppio c.-v., 3 quinq. decimo, L. 1000 se meno di 300 abb.; assicur. Scad. ore 18 del 28 febbraio.

GROGNARDO (*Alessandria*). — Scad. 15 febb.; lire 5400, oltre L. 500 uff. san., L. 600 pov. oltre il 3 %, alloggio, caro-viv.

LIMOSANO (*Campobasso*). — Scad. 40 giorni dal 31 dicembre. Vedi fasc. 5.

MASERA (*Novara*). — Cons. con Montecrestese e Trontano; ab. 3437; L. 8000; per i poveri fino al 10 % addizion. L. 8; mezzi trasp. L. 1000; uff. san. L. 800; alloggio ovvero L. 350 a scelta del Comunedi residenza. Scad. 31 marzo.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospedalieri.* — Primario oculista. Scad. ore 16 del 28 febbraio. Vedi fasc. 5.

MONTEGALLO (*Ascoli Piceno*). — A tutto 28 febbr.; L. 5500 obbligo resid., L. 1000 fino a 1000 pov., addizion. L. 2.50, per uff. san. L. 500, doppio c.-v., L. 2000 cavalc. Ab. 3769.

ODDALENGO (*Alessandria*). — Abit. 1000; L. 4000; indenn. trasp. L. 500; uff. san. L. 500. Scadenza 15 febbraio.

PALMIRA (*Potenza*). — Condotta poveri L. 4500; età non superiore ad anni 40; indenn. caro-viveri; uff. san. L. 1200, oltre caro-viv. Scadenza 20 febbr.

PIETRALUNGA (*Perugia*). — A tutto il 28 febbr.; L. 6000 oltre L. 2000 disag. resid., L. 2400 c.-v., L. 260 se uff. san. Le cond. sono due. Età lim. 40. Serv. entro 15 g. Chiedere annunzio.

PORANO (*Perugia*). — A tutto 15 febb.; L. 6000 per 1000 pov., doppio c.-v., addizion. L. 2; se gli abbienti fossero meno di 300 L. 1000 di residenza povera; L. 500 trasp.; L. 200 uff. san. e arm. farm.; 3 quinq. decimo. Servizio entro 15 giorni.

RUSSI (*Ravenna*). — L. 7500 (in corso miglioramenti), dieci bienni ventesimo, due c.-v., L. 2000 per cavalc.; retribuz. dagli abbienti in base a tariffa dell'Ordine. Scad. ore 16 del 15 febbraio. Età limite 40. Serv. entro 15 giorni.

S. VENANZIO (*Perugia*). — A tutto il 20 febbr.; L. 6000 p. pov., metà tariffa per semi-abbienti, c.-v., L. 3000 cav., L. 1500 disag. resid., assicur. Serv. entro 20 giorni.

S. VINCENZO VALLE (*Aquila*). — Scad. 10 febbr.; 3° rep.; L. 6000 oltre L. 2000 cav., doppio c.-v.

SAMBUCA PISTOIESE (*Firenze*). — Scad. 15 feb.; L. 6000, c.-v., 4 quinq. decimo, L. 2000 disag. resid., L. 4000 cav., L. 500 uff. san.

SERRA DE' CONTI (*Ancona*). — A tutto 28 febbr.; 2ª cond. prevalentem. chirurgica; L. 13,000, due c.-v., bienni fino a raggiungere L. 17,000, L. 2400 trasp., tariffa Ordine.

SOGLIANO AL RUBICONE (*Forlì*). — Scad. 20 feb.; due cond.; L. 8000 e 10 bienni ventesimo, L. 2500 cav., caro-viv.

SPOLETO (*Perugia*). — A tutto 15 feb. cond. primaria città; L. 6000, oltre L. 1800 Ospedale Civile, L. 2 ogni pov. sui mille, doppio c.-v., 4 quinq. decimo. Voti esami. Età limite 35.

STRONCONE (*Perugia*). — 2ª Cond.; a tutto il 25 feb.; L. 6000 e 3 quinq. decimo, due c.-v.; L. 1500 indenn. resid.; per 1000 pov.; addizionale L. 3; assicur. Età limite 40. Serv. entro 15 giorni

TAGLIUNO (*Bergamo*). — Consorzio con Calepio; alle ore 12 del 20 febbr.; L. 6500 per 1000 pov., L. 250 ogni 100 pov. in più fino a 2000, L. 300 oltre; 4 quinq. decimo; due c.-v.; L. 500 uff. san.; L. 500 bicicl.; ecc. Chiedere annunzio. Accettaz. entro 8 g., servizio entro 30.

TARANTO. — Condotto per Statte; L. 5000 oltre L. 1500 vettura, 4 quinq. decimo, c.-v. Domande al Municipio (Ufficio d'Igiene) a tutto 28 feb. Età-limite 45 a. Serv. entro 15 g.

TERENZIA (*Catanzaro*). — L. 6000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 500 indenn. antimal. Non oltre 28 febbraio. Età limite 45. Fam. pov. 119 su 1053 ab.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Tolmezzo (Udine), Venturina di Campiglia Marittima (Pisa).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Guido d'Ormea, libero docente d'Igiene sperimentale, è stato nominato commendatore della Corona d'Italia su proposta del Ministro degli Esteri per l'opera prestata durante parecchi anni quale Capo-servizio dell'Ufficio Internazionale di Igiene in Parigi.

Al nostro collaboratore ed amico vivissime congratulazioni.

Il prof. Antonino Brancati, docente all'Università di Catania ed assessore per l'Igiene di quella città, è nominato commendatore della Corona di Italia.

Apprendiamo, con soddisfazione, che su proposta dell'on. sen. Ciraolo, Presidente generale della Croce Rossa, S. M. il Re ha conferito, di *motu-proprio*, la onorificenza di Cavaliere Ufficiale della Corona d'Italia al prof. Guglielmo Bilancioni, specialista in oto-rino-laringoiatria, noto nel mondo medico scientifico per numerose ed importanti pubblicazioni, altamente benemerito dei servizi sanitari della zona di guerra, durante la quale ebbe ad assolvere incarichi difficili e delicati della sua specialità.

Rallegramenti al distinto sanitario della C. R. I.

In osservanza dell'art. 15 del regolamento per il premio Umberto I di cui al concorso aperto il 1° gennaio 1920 e chiuso il 31 dicembre stesso anno dall'Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna, si rende pubblico il giudizio di assegnazione del premio, formulato dalla Commissione composta dei signori professori sen. Filippo Novaro, Riccardo Dalla Vedova e Vittorio Putti.

I Commissari si sono trovati concordi nel concludere che il premio spetta per merito al dott. Murk Jansen di Leyden per i lavori da lui presentati.

LA RUBRICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Plebiscito di consensi.

Ci sia consentito di riportare ancora alcuni giudizi espressi dai lettori sull'opera della redazione e dell'amministrazione.

Il dott. Giandomenico Piermarini di Camugnano (Bologna) scrive:

« Conscio che il *Policlinico* mi abbia dato più di un precetto — e sempre preziosissimo — nella non facile pratica professionale, e certissimo che me ne darà ancora per l'avvenire, ben felice rinnovo l'abbonamento per l'anno 1922, inviando sentite grazie agli illustri redattori e collaboratori per la diligenza avuta nella compilazione della rivista ormai nota per i suoi pregi singolari in Italia e all'Estero.

« Ritengo, e lo ripeterò sempre, che il *Policlinico* è utilissimo non solo per il medico che vive in città, ma lo è egualmente, anzi molto di più, per il sanitario che, come me, vive in alta montagna, ove questa ottima rivista è di grande refrigerio psichico, senza dubbio.

« *Ad multos annos*: questo è l'augurio che rinnovo al *Policlinico* oggi e sempre dal profondo del cuore ».

Il dott. Almerindo Garzia da Rosia Torri (Siena) scrive:

« Sono abbonato dal 1900 ed ho seguito sempre con vivo amore ed interessamento il continuo progredire del nostro periodico. E dico *nostro* nel senso, che ormai per noi vecchi abbonati — e non saremo pochi certamente — il *Policlinico* è diventato un vero bisogno, anzi un nostro indispensabile compagno, che ci riesce di aiuto e di guida nel nostro difficile *curriculum vitae* della condotta ».

Il dott. Angelo Castelli da Castello (Cremona) scrive:

« Unisco il mio plauso e i miei ringraziamenti al plauso e ai ringraziamenti di tutti gli abbonati, pel modo con cui è condotta la pubblicazione del periodico ».

Il dott. Pasquale Maselli da Accadia (Avellino) scrive:

« . . . al *Policlinico* auguro la fortuna che sempre più merita, per la valentia e la solerzia di redattori ed amministratori ».

Il dott. Bruni Bruno da Ceneta, scrive:

« Plaudo di cuore al crescente successo del giornale scientifico e spero di poter inviarvi presto qualche lavoro ».

Il dott. Giuseppe Muratori da Canelli (Alessandria) scrive:

« Così ritorno vecchio abbonato per non più abbandonare il mio vecchio e buon giornale, distoltone per puro caso ».

Il dott. Antonio Sacchi da Galzignano (Padova) scrive:

« V'è tra la necessità di fare e quella di sapere una certa quale incompatibilità, da forza maggiore, costituita dalla tirannia del fattore *tempo*.

« Immiserirebbe spiritualmente chi volesse fare senza ulteriormente dedicarsi all'apprendere e... morirebbe di fame chi tutto il suo tempo spendesse nello studio, bandendone l'applicazione, o limitandola di troppo.

« Il suo giornale — il nostro *Policlinico* — mi sembra e per la settimanale apparizione, e per l'indirizzo e per le pubblicazioni che riassume e che consiglia — pubblicazioni da me trovate utilissime — risolvere l'arduo problema.

« Toglie poco tempo al fare e dà parecchio al sapere. E perciò che mi è caro, e perciò, ecc. ».

Il dott. Benedetto Massaci di Cesena (Forlì) scrive:

« Amo questo Giornale perchè è guida, luce, conforto per noi medici condotti di piccoli centri ».

Il dott. G. Battista Nicolao da Rocca Pietore (Belluno) scrive:

« Da parecchi anni abbonato, rimarrò sempre fedele, avendolo riconosciuto come il periodico più attraente e meglio confacente ad un medico in condotta, lontano dai centri di coltura ».

Abbiamo scelto le attestazioni più significative tra le moltissime che ci sono pervenute.

Esprimiamo la nostra viva gratitudine ai lettori per questo magnifico plebiscito e ricambiamo loro cordialmente gli augurii inviati alla redazione ed all'amministrazione.

Il dott. Langella Francesco da Torre Annunziata (Napoli), scrive:

« Un voto di plauso per la bella rivista, alla quale non dovrebbe mancare il consenso e l'attaccamento di ogni medico che si rispetta e che non intende cristallizzarsi ai semplici insegnamenti universitari. Auguro una lunga teoria ancora di abbonati e di anni di vita ».

L'Amministrazione.

NOTIZIE DIVERSE.

Onoranze al sen. Maragliano.

In occasione del quarantesimo anno dell'ascesa di Edoardo Maragliano alla Cattedra di Clinica Medica, un Comitato formato di Clinici, di Allievi e di altri Cultori delle scienze mediche ha creduto di interpretare i sentimenti di tutti gli allievi del quarantennio, degli ammiratori e di quanti hanno culto per gli studi e l'idealità della scienza, promovendo onoranze atte a ricordare le altissime benemerenze del Maestro Insigne.

Il Comitato sente che il miglior modo per tramandare alle future generazioni il nome di Chi fece del fervore scientifico e dello studio la divisa più ambita è la fondazione di istituzioni atte a stimolare nelle nuove generazioni, l'amore alle ricerche scientifiche e allo studio dell'ammalato, istituendo borse di studio e Lui intitolate a favore di studenti di medicina, particolarmente meritevoli, i quali frequentino la Università illustrata dal lungo e luminoso insegnamento del Maestro. Le adesioni vanno indirizzate ai Comitati Regionali ed al cassiere generale prof. A. Barlocco (Genova - Istituto di Clinica Medica).

V Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro.

In seguito ad accordi intervenuti fra i componenti la Commissione per le Malattie Professionali è stato decisio che il V Congresso Nazionale sia tenuto a Firenze, anzichè a Venezia, come era stato precedentemente stabilito. In tale città avrà invece luogo il Congresso successivo nel 1924.

Si sono perciò riuniti nell'Ufficio d'Igiene del Comune per prendere i primi accordi in proposito alcuni eminenti specialisti in materia, ed hanno stabilito che il Congresso stesso abbia luogo dall'11 al 14 giugno 1922.

I temi principali che saranno trattati sono i seguenti: *La prevenzione della invalidità di indole medica* (prof. L. Devoto); *L'Igiene agraria del dopo guerra con speciale riguardo alla malaria* (professor A. Monti); *Nuove e vecchie vedute sugli avvelenamenti da piombo* (prof. C. Biondi); *Sull'organizzazione dei turni di lavoro* (dott. Masi); *Per la riforma delle Leggi Infortuni* (sarà distribuito a stampa); *Orizzonti di etica medico-sociale* (professor L. Borri).

A Presidente del Comitato d'onore è stato prescelto il prof. comm. Luigi Devoto. Il Comitato esecutivo è rimasto così composto: Assessore per l'Igiene, prof. Ciampolini (presidente); professori: Schupfer; Burci; Borri; Biondi; on. Pieraccini; Giglioli Mori; Direttore della Scuola di Applicazione di Sanità Militare, col. med. prof. Altobelli; Presidente dell'Ordine dei Medici, dott. Pugliese; Medico Provinciale, comm. Puccinelli; Ufficiale Sanitario, prof. Gasperini; Presidente dell'Associazione dei Medici Condotti, dott. Fatichi, ed altri; prof. A. Corsini (segretario generale); ingg. Nobili e Mascini e prof. Prosperi (segretarî); dottor V. Chiodi (tesoriere).

Al Congresso sarà annessa una esposizione di tutto ciò che è stato in questi ultimi tempi escogitato per prevenire gli infortuni sul lavoro. Per le adesioni di numerose e illustri personalità, per l'importanza della materia e dei temi da trattare, il Congresso riuscirà di sommo interesse.

Coloro che desiderano aderire od avere schiarimenti in proposito od inviare comunicazioni, debbono rivolgersi alla Segreteria del V Congresso per la Medicina del Lavoro, presso l'Ufficio Comunale d'Igiene, via Cavour, n. 8 - Firenze.

Contro l'alcoolismo.

Il 15 dicembre, in una sala della Camera dei deputati, ebbe luogo una riunione promossa dall'on. Turati, a nome del Comitato nominato nell'agosto scorso per combattere l'alcoolismo e provvedere contemporaneamente alle sorti della nostra viticultura. Vi parteciparono S. E. Luigi Luzzatti, i senatori Leonardo Bianchi, Marchiafava, Garofalo, Pestalozza, i deputati Capasso, Bosi, Bianchi Vincenzo, Zanardi, Olivetti, Zaniboni, D'Ara-

gona per la Confederazione generale del Lavoro, i proff. Ettore Levi, David Levi Morenos, Gualdi, il dott. Monti ed altri scienziati e sociologi.

Dopo brevi parole di S. E. Luzzatti, il dottor Monti fece una dettagliata relazione sulle condizioni attuali della lotta contro l'alcoolismo in America, e sulla esperienza avuta nei riguardi dell'avviamento della viticoltura verso la produzione delle uve da pasto e dei prodotti alcoolici.

Il prof. Levi Morenos lesse la sua relazione nei riguardi del programma di azione da determinare sotto il punto di vista legislativo della propaganda.

Alla discussione parteciparono il sen. Leonardo Bianchi, gli on. Turati, Zanardi, Capasso, Zaniboni, D'Aragona, i proff. Ettore Levi, Gualdi, ed altri.

Vennero infine tirate le linee della azione che s'intende esplicare per arginare il danno sociale dell'alcoolismo senza ledere gli interessi della viticultura ed avviando la produzione sopratutto ai fini di una più proficua ed igienica alimentazione, sostituendo il largo uso delle uve da pasto e dei prodotti non fermentati e non alcoolici dell'uva a quello del vino e degli alcoolici che così grave danno reca fisicamente e moralmente all'individuo ed alla razza.

(Dal *Pensiero Sanitario*).

Corso teorico-pratico di perfezionamento in igiene.

Si terrà a Pavia, a partire dal 18 aprile, un corso bimestrale per gli aspiranti al posto di Ufficiale Sanitario. Vi sono ammessi i laureati in medicina e chirurgia, od in chimica e farmacia, od in veterinaria. Domande non oltre il 15 aprile. Tassa di L. 300; spese complementari L. 6.90.

Corso accelerato sulla tubercolosi alla R. Università di Genova.

A modifica di quanto è stato già comunicato, si fa noto che il corso accelerato sulla Patologia e Clinica delle malattie tubercolari, anzichè il 14 inizierà il 21 febbraio e terminerà il 25 marzo p.v.

Per schiarimenti e programmi rivolgersi alla Direzione dei corsi accelerati sulla tubercolosi, Regia Clinica Medica, via Balilla, 5 - Genova.

La prolusione del prof. De Blasi.

Il prof. Dante De Blasi, succeduto a Vincenzo De Giaxa nella cattedra d'igiene dell'Università di Napoli, inaugurò il 12 gennaio il suo corso, svolgendo il tema « Scienza e azione nel campo dell'igiene ».

Assistevano alla conferenza gli on. Bianchi, Caporali, Pietravalle, Pascale, Sanarelli, il rettore prof. Miranda e il corpo accademico al completo, il medico provinciale prof. Corselli per il prefetto, l'ufficio sanitario municipale al completo, il presidente dell'Ordine dei medici, molte altre autorità e illustrazioni della scienza.

L'oratore affermò brillantemente le basi scientifiche e le finalità pratiche dell'igiene, che, dopo aver raggiunto la sua autonomia nel 1800, entrò decisamente nella vita, fino a diventare disciplina eminentemente sociale. In questo campo l'Italia possiede una legislazione e un'organizzazione ammirevoli. L'oratore additò il lungo cammino che resta ancora a percorrere e addusse, come paradigmi, la malaria, il vaiolo e la tubercolosi, avvalorando per questa malattia la nota concezione del Sanarelli. Dimostrò quanto sia indispensabile il concorso attivo del popolo, concorso che potrà conseguirsi mercè la propaganda. Chiuse rivolgendo un caldo appello ai giovani medici cui spetterà un'alta missione nel campo dell'igiene.

Onoranze al prof. Morquio.

In occasione del 25° anno d'insegnamento, il prof. Luigi Morquio, direttore della Clinica pediatrica dell'Università di Montevideo, clinico pediatra e medico sociologo, è stato oggetto di una solenne manifestazione, cui hanno preso parte numerose corporazioni scientifiche e la stampa medica di tutti i Paesi. Sono stati pubblicati due volumi in onore del festeggiato.

Ambulatori italiani in Albania.

Il *Giornale d'Italia* reca da Valona, 5 gennaio:

L'unica istituzione, che è la più bella e civile, lasciata dal nostro Governo in Albania, è l'ambulatorio medico di Durazzo, diretto dal cap. dottor Gino Zucchi, professionista coscienzioso e valoroso che sin dal 1913 ha dato in varie città albanesi e dalmate prova di possedere virtù superiori ad ogni elogio.

L'ambulatorio medico di Durazzo è, in qualsiasi ora del giorno, affollatissimo: dispensa gratuitamente medicinali ai poveri ed è fornito di una bellissima stanza operatoria e di due letti ove vengono curati sapientemente ammalati od operati dallo stesso dott. Zucchi, privi di abitazioni o soli al mondo.

Mesi addietro piovvero a Durazzo un ingente numero di montenegrini fuggiti dal loro sventurato paese e serbi fatti prigionieri dagli albanesi e quasi tutti in gravissime condizioni fisiche. Ad essi venne fatta per molto tempo larga distribuzione di medicinali, molti feriti vennero amorevolmente curati e non furono pochi i disgraziati che, operati, riebbero vita e salute mercè l'instancabile attività e la valente opera del dott. Zucchi.

A Vallona abbiamo avuto per varî anni un buon ambulatorio che quest'anno il R. Governo italiano ha voluto soppprimere. Ed è stato grave torto.

Questa colonia è numerosissima ed ha diritto ad un suo medico di fiducia giovane e valente: vi sono molte famiglie povere che hanno diritto a prelevare gratuitamente quei medicinali più comuni dei quali si è sempre fatta larga distribuzione.

Il nostro Governo non può e non deve dimenticare questa laboriosa colonia.

Il corso di perfezionamento sulla tubercolosi, presso la R. Clinica Medica di Roma comincerà il 15 febbraio anzichè il 1°, come era stato annunziato.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Zeitschrift für Tuberkulose, nov. — H. MAENDL. Terapia calcica endovenosa della tubercolosi.

The Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 15 nov. — J. GORDON THOMSON. I cristalli di Charcot-Leyden nelle feci di amebiasici quale mezzo diagnostico.

Zentrablatt für Chirurgie, 26 nov. — J. VOLKMANN. L'emostasi nelle ferite dei vasi difficilmente accessibili.

La Riforma Medica, 19 nov. — L. TORRACA. Concomitanza di malformazioni uretrali con anomalie testicolari.

Tumori, III. — F. TONIETTI. Sull'istogenesi del cancro polmonare. — S. DENTICI. Patologia e chirurgia della tiroide. — S. CITELLI, B. BRUZZI. Autovaccinoterapia nei tumori maligni. — I. MARTINOTTI. Le manifestazioni cutanee nelle emoblastosi.

Revista de Higiene y de Tuberculosis, 31 ott. — A. PIGA. Il cuore nella tubercolosi polmonare.

The Lancet, 26 nov. — W. D. HALLIBURTON. Conoscenza e comprensione. — W. A. POTTS. Delinquenza-malattia.

Berliner Klinische Wochenschrift, 28 nov. — F. GUDZENT. Natura e trattamento della gotta. — H. DIETLEN. Le basi fisiche e biologiche della roentgenterapia.

Medizinische Klinik, 27 nov. — O. DE LA CAMP. Actinoterapia della tubercolosi. — ENDERLEN. Trapianti di testicoli nell'uomo. — A. STRÜMPELL. Sulle variazioni di frequenza di certe malattie. — E. ABDERHALDEN. Un metodo diretto, pratico, per apprezzare la reazione dell'A. - Inchiesta sull'aborto settico.

Gazette des Hôpitaux, 26 nov. — J. LHERMITTE. La psicoanalisi.

Bulletins et Mémoires de la Société des Hôpitaux de Paris, 24 dic. — G. PAISSEAU, H. SCHAEFFER e E. ALCHECK. Neurite malarica del nervo circonflesso. — A. LEMIERRE, M.-L. KINDBERGE e R. PIÉDELIEVRE. Gangrena polmonare guarita con la sieroterapia antigangrenosa e la tintura d'aglio.

Le Scalpel, 26 nov. — G. BROCHÉE. Il megacolon dell'adulto.

Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 16 ott. — A. ROSSI e G. ZANON. Rapporti tra funzionalità gastrica e tipi splancnici. — 20 ott. I. CIVALLERI e M. CANTAGALLI. La reazione eosinofila nel sangue degli scabbiosi.

La Stomatologia, ott. — B. DE VECCHI. Infezioni metastatiche da sepsi orale. — V. ALOI. Gli epiteliomi della lingua.

L'Encéphale, nov. — G. MARINESCO. Istologia patologica e patogenesi dell'idiozia amaurotica. — H. CLAUDE. Forme fruste del virilismo detto surrenale. — A. HESNARD. Psicoanalisi e fobie genitali.

Rivista Ospedaliera, 30 sett. — U. MONTANARI. Della formula ematica nello scorbuto.

New York State Medical Journal, nov. — Numero sulle artriti.

Spitalul, nov. — DIMITRIW-MANCANT. L'urotropina nella malaria. — E. T. PETRESCU e G. KOMORCICK. Iniezioni endovenose di sali solubili di mercurio nella sifilide. — BALTÂCCANN. Ricerche sulle azioni delle acque minerali.

La Riforma Medica, 26 nov. — E. TEDESCHI. Sopra il cosidetto asma saturnino. — G. IZAR e G. CARUSO. Precipitazione e concentrazione di sostanze a funzione di anticorpi.

Revista Médica del Uruguay, ott. — CARRAN. Enuresi infantile e mielodisplasia.

La Presse Médicale, 30 nov. — E. LEREDDE. Natura sifilitica dell'epilessia «essenziale».

Medical Record, 19 nov. — N. E. BRILL. Leucemia leucopenica. — D. A. LAIRD. Relazioni funzionali ed embriologiche nei meccanismi nervosi. — J. H. BARRY. I centri medici.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 13 Febbraio 1922 Fasc. 7

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Ai ritardatari rivolgiamo nuovo invito perchè l'importo d'abbonamento pel 1922 ci venga rimesso **senza altro indugio,** mediante Assegno Bancario o con Cartolina-Vaglia. Ed avvertiamo che, trascorso il corrente mese, ci terremo autorizzati a spiccare **Tratta postale** a carico di coloro che, pur avendo continuato a ricevere ed a trattenere i Fascicoli del "*Policlinico*", non avranno inviato ancora il dovuto ammontare dell'abbonamento. Detta TRATTA verrà beninteso aumentata di L. 5 per le varie tasse postali occorrrenti ed altre pel servizio che la medesima comporta. **L'Amministrazione**

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA diretta dal prof. TULLIO LUZZATTI, incaricato.

Ricerche sperimentali sulla reazione di Wassermann nei bambini.

(*Continuazione e fine; vedi fascicolo precedente*).

2ª nota dei dottori S. DE VILLA e A. RONCHI.

Per meglio avvalorare l'ipotesi, abbiamo ripetuti gli esperimenti con il colostro di donna sana e luetica e col siero di colostro, sapendo come il colostro in confronto del latte sia molto più ricco di sostanze albuminoidi e meno ricco di corpi grassi.

Il colostro intero sano usato come antigene riesce a dare un accenno all'impedimento all'emolisi solo ad alto titolo, soltanto in pochi casi l'impedimento è stato completo ma al titolo massimo di 0,50. In base a tutte le altre nostre esperienze si può pensare che i pochi corpi grassi del colostro siano stati in causa in tale reazione. Cfr. colla Tab. VII dove invece il latte intero sano, più ricco di sostanze grasse, dava accenno all'impedimento all'emolisi a titoli assai più bassi.

Il colostro intero luetico si comporta press'a poco come quello sano.

Visto che il colostro intero si comporti in tal lievissimo modo da antigene vediamo ora come agisce lo stesso colostro da ambocettore, data la sua maggior ricchezza in corpi albuminoidi di fronte ai corpi grassi.

Come si vede, il colostro intero di donna sana comincia ad impedire l'emolisi a 0,10 parzialmente, mentre il colostro intero di donna luetica impedisce l'emolisi completamente già al titolo di 0,04. Se si confronta il titolo di siero umano luetico che impedisce l'emolisi al titolo

Tavola XII.

SIERI	R. W.	Colostro muliebre intero sano usato come antigene						
		0,02	0,04	0,06	0,08	0,10	0,25	0,50
N. 20	+ + +	− − −	− − −	− − −	− − −	− − −	+ − −	+ − −
N. 6	+ + +	− − −	− − −	− − −	− − −	− − −	+ + −	+ + +
N. 10	− − −	− − −	− − −	− − −	− − −	− − −	− − −	− − −

Tavola XIII.

SIERI	R. W.	Colostro muliebre intero luetico usato come antigene						
		0.02	0,04	0,06	0,08	0,10	0,25	0,50
N. 20	+ + +	− − −	− − −	− − −	− − −	− − −	+ − −	+ + −
N. 3	+ + +	− − −	− − −	− − −	− − −	+ − −	+ + −	+ + +
N. 5	− − −	− − −	− − −	− − −	− − −	− − −	− − −	− − −

Tavola XIV.

CASI	Colostro muliebre intero luetico usato come ambocettore						
	0,02	0,04	0,06	0,08	0,10	0,25	0,50
N. 20.	+ + −	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +
	Colostro muliebre intero sano usato come ambocettore						
N. 15.	− − −	− − −	− − −	− − −	− − −	+ − −	+ + −
N. 2.	− − −	− − −	− − −	− − −	+ − −	+ + −	+ +

Tavola XV.

CASI	Siero di colostro luetico usato come ambocettore						
	0,02	0,04	0,06	0,08	0,10	0,25	0,50
N. 20.	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +
	Siero di colostro sano usato come ambocettore						
N. 15.	− − −	− − −	− − −	+ − −	+ + −	+ + +	+ + +
N. 8.	− − −	− − −	− − −	− − −	+ − −	+ + −	+ + +
N. 2.	− − −	− − −	− − −	− − −	− − −	+ − −	+ + −

di 0,10 e quello del latte intero di donna che non l'impedisce mai (tavola IX) si vede come debbano essere attivi i corpi albuminoidi del colostro luetico nel funzionare da ambocettore. che il latte intero agisce parzialmente da antigene e non da ambocettore. Allontanando i corpi grassi dal latte si vede che il siero di latte sia sano che luetico usato come antigene non

Tavola XVI.

SIERI	R. W.	Siero di colostro sano usato come antigene						
		0,02	0,04	0,06	0,08	0,10	0,25	0,50
N. 10	+++	---	---	---	---	---	---	---
N. 10	---	---	---	---	---	---	---	---
		Siero di colostro luetico usato come antigene						
N. 10	+++	---	---	---	---	---	---	---
N. 10	---	---	---	---	---	---	---	---

E per conferma a questo risultato abbiamo sperimentato i corpi albuminoidi isolati del colostro separati mediante la centrifugazione, e difatti i risultati hanno completamente risposto all'attesa.

I risultati di queste esperienze di conferma sono assolutamente univoci, poichè il siero di colostro che contiene quasi tutti i corpi albuminoidi del colostro ed è privato dei corpi grassi impedisce completamente l'emolisi a qualsiasi titolo se appartenente a soggetto luetico e l'impedisce pure a titoli non tanto alti se di soggetto sano. La differenza si deve probabilmente ascrivere non tanto al quantitativo di corpi albuminoidi del colostro di donna sana o luetica ma alle modificazioni da essi subiti per opera del virus sifilitico.

Come complemento a questa serie di esperienze abbiamo voluto saggiare anche il siero di colostro come antigene, sicuri ormai che nessuna azione in questo senso deve avere, ma solo per dimostrare una volta di più che i corpi che agiscono da antigene non sono certamente le albumine.

Infatti il siero di colostro sia sano che luetico, liquido privo o quasi di corpi grassi, non riesce mai ad impedire l'emolisi a nessun titolo nè con sieri sani nè con sieri luetici.

Riassumendo i risultati delle nostre esperienze col latte e col colostro abbiamo visto che il latte di donna intero e sano usato come antigene coi sieri luetici, riesce ad impedire l'emolisi parzialmente al titolo di 0,08, quello luetico press'a poco dà gli stessi risultati, con leggera tendenza ad impedire di più l'emolisi. Usato come ambocettore il latte intero sia sano che luetico non riesce mai ad impedire l'emolisi. Già da questo gruppo di esperienze si può dire riesce mai ad impedire l'emolisi, vale a dire che probabilmente i corpi albuminoidi non funzionano da antigene mentre il siero di latte luetico fin dal titolo di 0.10 comincia parzialmente ad impedire l'emolisi e anche quello sano ma a titoli maggiori. Perciò mentre i corpi albuminoidi del latte non funzionano assolutamente da antigene, leggermente agiscono come ambocettori nella R. W.

Il colostro intero sano usato come antigene un po' riesce ad impedire l'emolisi ma a titolo un po' superiore al latte intero (latte 0.08, colostro 0,25) e il colostro luetico press'a poco come quello sano. Dunque nel colostro dove prevalgono le sostanze proteiche sulle grasse funziona meno bene da antigene del latte nel quale prevalgono le sostanze grasse. Invece il colostro intero sano, usato come ambocettore fin dal titolo di 0,10 comincia ad impedire l'emolisi ed il luetico l'impedisce fin dal basso titolo di 0,02. Ciò conforta sempre più l'ipotesi che le sostanze proteiche funzionino da ambocettore. Il siero di colostro, liquido contenente in maggioranza sostanze albuminoidi, a nessun titolo funziona da antigene, mentre sia quello sano che quello luetico usati come ambocettore mostrano evidente azione complementofila specie quello luetico che la dimostra fin dal bassissimo titolo di 0,02 in modo completo.

Come completamento a dette ricerche abbiamo voluto dosare la colesterina nel siero di sangue e nel liquido cefalo-rachidiano sia di individui sani e con R. W. negativa che di individui luetici e con R. W. positiva. Abbiamo usato per tali ricerche il metodo colorimetrico. Le esperienze furono praticate su 20 sieri e su 20 liquor sani e su altrettanti luetici. I risultati dimostrano che non vi è nessun rapporto quan-

titativo di questo lipoide con la positività o negatività della R. W.

Anche queste conclusioni concordano perfettamente con quelle da noi tratte dalle altre esperienze sopra riferite e che cioè i lipoidi, specie la colesterina, non ha nulla a che fare col corpo che nel siero dei luetici produce la fissazione del complemento nella R. W., contrariamente a quanto il Louste, Montlauer, Kaplan, hanno affermato in seguito ai risultati delle loro esperienze, riferite in altra parte del lavoro.

Inoltre abbiamo pure notato che quando noi praticavamo la R. W. sui liquidi cefalo-rachidiani di bambini sifilitici, allorchè questi liquidi presentavano una reazione di Nonne (globuline) positivissima, avevamo la R. W. positiva anche con piccole quantità di liquor, mentre quando la Nonne era negativa, per avere la R. W. positiva ci occorreva una quantità di liquor doppia e talora tripla della comunemente usata. Nella ricerca che si vuol fare se i corpi albuminoidi che funzionano da ambocettori nella R. W. siano globuline o albumine, questa nostra osservazione tenderebbe ad appoggiare l'ipotesi che si tratti più probabilmente di globuline.

Come osservammo nella nostra prima nota sulle reazioni siero-chimiche parallele alla R. W., non avemmo mai col liquor esito positivo, cioè precipitazioni, anche quando questi liquor avevano una R. W. nettamente positiva e una Nonne pure positivissima. Questo fatto costantemente osservato si presentava di assai oscura interpretazione e sembra ora in evidente contraddizione coi risultati testè detti in favore della natura globulinica dell'ambocettore luetico. Tuttavia a noi pare che da questi risultati delle precipito-reazioni sui liquor luetici non si debba infirmare l'ipotesi della natura globulinica e far propendere piuttosto per quella albuminica poichè è possibile che gli agenti chimici comunemente usati in queste reazioni di precipitazione non siano sufficienti ed abbastanza adatti per precipitare dette globuline dai liquor, oppure che queste sostanze chimiche usate non siano capaci di separare dalla complessa molecola proteica le albumine dalle globuline essendo sopratutto adatte alla precipitazione delle albumine, le quali sono in assai piccola quantità nei liquor in confronto del siero di sangue.

Quando noi avevamo già espletate tutte le nostre ricerche sulla R. W. ci capitò sotto osservazione un recente lavoro del Wassermann stesso sulla sua omonima reazione. Questo lavoro è di data antecedente al nostro, è del febbraio 1921, pubblicato nelle *Berlin. Klinische Wochenschrift*, ma per una deplorevole deficienza delle nostre pubbliche biblioteche non ci fu possibile trovarlo nella nostra città. Il lavoro del grande biologo deve essere ancora a molti sconosciuto perchè non ha portato quel risveglio scientifico che non mancherà di produrre quando sarà ben conosciuto, data la importanza delle esperienze. Solo il Giornale « Il Policlinico » pubblicando una piccola nota riassuntiva di esso nell'aprile 1921 ci portò alla conoscenza del lavoro originale.

I risultati di queste recenti esperienze di Wassermann su di un argomento di cui egli ha la paternità e quindi una indiscutibile competenza, ci hanno dato la soddisfazione di vedere che nella questione della natura dell'antigene, le nostre esperienze hanno avuto una conferma dalle ricerche chimiche del Wassermann stesso. Quanto alla natura chimica del corpo « X » dei sieri luetici il Wassermann non si esprime decisamente. Noi siamo venuti alla conclusione che il corpo attivo dell'antigene debba essere di natura lipoide per vie e con mezzi indiretti, usando cioè di liquidi organici che notoriamente contengono corpi lipoidi oppure sperimentando direttamente con lipoidi: abbiamo poi concluso per la probabile natura proteica del corpo « X » del siero luetico solo per via indiretta e di esclusione, avendo osservato cioè che la deviazione del complemento avveniva con straordinaria finezza con siero di colostro di donna luetica, come pure di sana, meno sensibilmente con colostro intero, pochissimo con siero di latte, affatto con latte intero. Conoscendo i rapporti percentuali delle sostanze proteiche e delle lipoidee rispettivamente in questi diversi liquidi organici ed avendo allontanato le lipoidee con la centrifugazione in modo da sperimentare solo con la maggior parte delle proteiche (siero), ci è sembrato di poter concludere per l'attività di queste ultime nella azione fissatrice coll'antigene e deviatrice del complemento.

Il Wassermann invece ha ricercato direttamente questi corpi nel liquido della provetta della sua reazione. Il suo quindi è stato un metodo diretto, chimico puro, il nostro un metodo biologico e indiretto con risultati di deduzione.

Il Wassermann coi mezzi di cui dispone nei suoi laboratori e con collaboratori come Bruck, Noguki, Neisser, Porges, Mayer, ha inquadrato per anni un lavoro di ricerche di chimica colloidale ed ha tirato le fila degli splendidi risultati. In riassunto il concetto informativo del lavoro wassermaniano è questo: egli ha preso la provetta di una R. W. positiva, ha decanta-

to il liquido incoloro sovrastante al deposito dei globuli rossi e su di esso liquido ha portato le sue ricerche. Egli ha pensato che in questo liquido vi dovevano essere indubbiamente e la sostanza attiva dell'antigene e quella del siero luetico. Con dei procedimenti chimici che non riferisce egli ha isolato queste due sostanze: una che dà le comuni reazioni dei lipoidi ed una dall'aspetto del bianco d'ovo. Del complemento nessuna traccia. Egli ha preso queste due sostanze insieme (gruppo Wassermann), vi ha aggiunto nuovo complemento e quindi il sistema emolitico. Ha ottenuto di nuovo R. W. positiva. Di più dopo aver isolato il corpo, dall'aspetto del bianco d'ovo dal lipoide ha trattato il primo con un nuovo antigene, ha aggiunto il complemento e poi il gruppo emolitico ed ha riavuto la fissazione del complemento. Ciò dimostra indubbiamente che il corpo simile al bianco d'ovo (sostanza di Wassermann) è il corpo « X » del siero luetico ricercato.

Le ricerche del Wassermann però non concludono apertamente per la natura albuminoide del corpo attivo dei sieri luetici: il Wassermann si limita semplicemente a chiamare « sostanza Wassermann » la sostanza da lui isolata e che ha l'aspetto dell'albume di ovo (Eiweiss); il solo carattere organolettico di una sostanza non può permettere al ricercatore di concludere per l'identità della natura chimica, probabilmente si può pensare a questa identità, non sappiamo se questo sia nel pensiero di Wassermann e non ci è permesso di attribuirgli ciò che egli poteva manifestare o dimostrare facilmente. Egli non riferisce di identificazioni chimiche atte a stabilire la natura della sostanza da lui isolata.

Le nostre esperienze potrebbero fornire un'appoggio a questa probabile natura albuminoide della « sostanza Wassermann » poichè secondo le nostre conclusioni, di tale natura sembra il corpo attivo dei sieri luetici.

Conclusione finale delle nostre ricerche sarebbe adunque di interpretare la R. W. come una reazione fra lipoidi e albuminoidi e che l'ambocettore luetico non è un ambocettore per antigeni batterici come da principio si credeva, ma un ambocettore per corpi lipoidi. Concetto nuovo questo in biologia, come giustamente dice Wassermann, e certo fecondo di nuovo scoperte. Ma dove il Wassermann a noi pare non dica il giusto è quando vuol sostenere che egli ha sempre avuto questo concetto fin da quando cioè egli rese di pubblico dominio la sua primitiva R. W. E si scaglia specialmente contro i francesi perchè chiamano la R. W. una applicazione della deviazione del complemento di Bordet e Gengou. Egli dice che la sua reazione non ha nulla a che fare con quella dei due autori francesi, basata su antigeni batterici. Ognuno sa come nei primi tempi della R. W. fosse raccomandato di usare per antigene il fegato di feto eredo-luetico perchè ricco di spirochete. Non ci sarebbe stato bisogno di tale cultura naturale di spirochete se il concetto wassermaniano fosse stato quello di ambocettori per lipoidi e perciò noi conveniamo coi francesi e con la maggior parte degli scienziati che hanno sempre visto nella R. W. originaria una applicazione della teoria della deviazione del complemento di Bordet-Gengou. Solo da quando Levaditi e Marie cominciarono a vedere che il fegato di feto eredo-luetico poteva essere impunemente sostituito da fegato di feto sano e successivamente dagli altri molti autori che poteva essere sostituito con cuore di cavia e in genere da qualsiasi organo ricco di corpi lipoidi cominciò ad essere scossa la teoria sulla quale si basava la deviazione del complemento con ambocettori antibatterici specifici e cominciò la laboriosa ricerca alla spiegazione del nuovo inesplicabile fenomeno, tantochè da tutti si conveniva nel dire che il meccanismo della R. W. mentre sembrava abbastanza chiaro in principio coll'andare degli anni e delle ricerche diventava sempre più oscuro. Oscurità che le nostre ricerche hanno cercato di diradare e che quelle di Wassermann hanno in un modo obbiettivo e diretto allontanate.

***

Concludendo, le nostre ricerche hanno dimostrato che:

a) Nella R. W. l'antigene può essere sostituito con colesterina e meglio ancora con una soluzione di vari lipoidi misti.

b) Nella R. W. l'ambocettore non può mai essere sostituito dalla soluzione mista dei lipoidi;

c) Il latte di donna sana e luetica funziona parzialmente da antigene e poco o nulla da ambocettore;

d) Il siero di latte di donna sana o luetica non funziona mai da antigene, molto parzialmente da ambocettore;

e) Il colostro di donna sana e meglio quello di luetica può funzionare abbastanza bene da ambocettore mentre non funziona mai da antigene;

f) Il siero di colostro di donna sana e molto più quello di luetica può sostituire completamente l'ambocettore luetico mentre non funziona per nulla da antigene;

g) La quantità di colesterina dei sieri di

sangue e dei liquidi cefalo-rachidiani non ha nessun rapporto con la positività o negatività della R. W.;

h) Vi è un rapporto diretto fra quantità di liquido c. r., reazione di Nonne e positività della R. W.

Ora, conoscendo come il colostro in confronto del latte sia assai più ricco di sostanze albuminoidi mentre il latte è più ricco di corpi della serie grassa, avendo visto che i corpi lipoidi possono funzionare da antigene e mai da ambocettore e che la quantità di colesterina dei sieri di sangue non influenza per nulla la R. W. si deve con tutta probabilità concludere che l'antigene funzioni come tale per i corpi lipoidi che contiene e che l'ambocettore dei sieri luetici sia di natura albuminoide proteica e probabilmente globulinica.

Roma, luglio 1921.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

DISPENSARIO CELTICO GOVERNATIVO MUNICIPALE DI CATANIA.
Direttore prof. MICHELE GRAVAGNA.

Ulcerazione tubercolare primitiva della vulva e della vescica.

Ricerche microscopiche, istologiche e batteriologiche.

del prof. M. GRAVAGNA.

Sugli organi genito-urinarî femminili è noto omai che, oltre alle varie ulcerazioni croniche di origine o no sifilitica, epiteliomatosa, e a quelle di natura incerta, aventi una personalità propria (estiomene), possono riscontrarsene delle altre, ribelli a qualsiasi trattamento curativo, di natura specifica tubercolare. Questa infezione tubercolare primitiva degli organi genitali esterni della donna, ritenuta dubbia per lo addietro, per il nessun controllo clinico, anatomopatologico e sperimentale, oggidì invece essa è indiscutibilmente assodata perchè suffragata, oltre che dal rigoroso esame clinico, dalle prove istologiche, batteriologiche e dalle inoculazioni sugli animali da esperimento. E quindi perchè meglio studiate, le osservazioni di tubercolosi primitive dei genitali esterni, scarse per il passato, sono mano mano cresciute di numero, ed ulteriori casi clinici non mancheranno ad arricchire la letteratura di questo importante argomento. Così si potrà meglio stabilire se in ogni caso di ulcerazione tubercolare dei genitali trattasi di focolaio iniziale o di fatti secondarî a tubercolosi di altri organi.

Come contributo di questo argomento ritengo necessario illustrare un caso di ulcerazione primitiva tubercolare della vulva con propagazione all'uretra ed alla vescica.

Sentiamo la storia clinica.

F. Santa, di anni 21, da Catania. Padre morto per ferite da taglio; madre vivente affetta da cardiopatia: due sorelle viventi, una delle quali esercita il meretricio, sifilizzata; fratelli sani e viventi.

Meretrice da 4 anni, ricorda benissimo di non essere stata mai ammalata anteriormente a questa data; le sue sofferenze cominciarono fin dalle prime armi di questo periodo di vita libera, e malauguratamente sono seguitate quasi ininterrottamente, perdurando tuttavia.

Mi risulta infatti che essa, poco tempo dopo della sua deflorazione, fu contagiata di sifilide e dovetti curarla perchè affetta da sifiloma primario dello sfintere anale, da roseola del tronco e da dolori reumatoidi poliarticolari. Guarita, dopo sessanta giorni di cura specifica, l'ebbi a rivedere dopo tre mesi contagiata di blenorragia uretrale e mostrante un tipico sifiliderma lenticolare generalizzato. Della infezione gonococcica e della manifestazione specifica potè liberarsi nello spazio di cinque mesi di rigoroso trattamento curativo.

La rividi, nel mio dispensario, dopo dieci mesi dal suo licenziamento affetta da ulcera venerea della forchetta e da vegetazioni vulvari. Dovetti curarla e guarirla in pochi giorni, per ripresentarsi — otto mesi dopo — contagiata da blenorragia uretrale, e da ulcere multiple dell'ostio vulvare. Anche questa volta fu assiduamente curata e licenziata guarita al terzo mese di cura. Ebbi a rivederla dopo circa sei mesi dall'ultima sua infezione, riscontrando in essa un'ulcerazione dell'ostio vulvare e delle manifestazioni pruriginose da scabbia. Perduta di vista, si presenta oggi dopo 9 mesi dall'ultima mia osservazione, riferendomi che nulla aveva fatto per guarirsi dell'ulcerazione vulvare, perchè lavorando alla nostra Piana, luogo eminentemente malarico, ebbe a contrarre delle febbri a tipo quotidiano, dalle quali potè liberarsi dopo due mesi di cure a base di chinino e di arsenico.

Perdurando però le lesioni vulvari ricorre al nostro consiglio, ed ecco quello che abbiamo potuto constatare: stato generale: caratteri personali: piccola di statura, snella, pannicolo adiposo scarso, masse muscolari floscie. Pelle sottile, pallida, sollevantesi a grandi pieghe. Capelli corti, morbidi, tendenti al biondo. Occhi regolari con sclerotiche bianco-sporco. Entrambe le palpebre superiori ed inferiori sono sede di blefarite cronica, e all'occhio destro si possono facilmente notare i reliquati di una cheratite pregressa e di una congiuntivite granulosa cronica. L'esame del naso ci dà: mucosa tumida in alcuni punti, di color grigiastro, arrossata in altri. Vien fuori scarsa secrezione giallastra causa di eczematizzazione e turgore del labbro superiore e specialmente delle estremità esterne del naso. Nessuna alterazione del gusto e dell'odorato. Timbro della voce leggermente nasale; udito integro. Glandole linfatiche cervicali, sottomascellari, epitrocleari, inguinali piccole, piatte, insensibili alla pressione. Nulla di anormale nei diversi apparecchi; albero respiratorio sano; il

cuore si presenta nei suoi limiti normali; nulla di anormale sui diversi focolai di ascoltazione. Niente disturbi digestivi ed egestivi. L'apparecchio uro-genitale non mostra alcuna alterazione.

Esame degli organi genitali. — Grandi labbra povere di adipe, piuttosto cadenti, sparse qua e là di piccoli, sottili e biondi peli, di colore oscuro. Piccole labbra di colore anch'esse oscuro, piccole, pigmentate.

A coscie divaricate, l'ostio vulvare rimane aperto e la nostra attenzione si ferma subito sulle lesioni dell'uretra. Il meato urinario completamente distrutto, ha fatto in modo che, in luogo di esso, si vede un'ulcerazione circolare, larga abbastanza da far vedere porzione delle pareti della vescica. I margini di questa ulcerazione circolare si presentano irregolari, di colorito grigiastro, frastagliati. Circolarmente questa ulcerazione presenta dei piccoli noduli duri, irregolari, di colorito grigiastro, alcuni dei quali mostransi ulcerati con margini frastagliati e poco sanguinanti. Ai lati di questa ulcerazione circolare uretrale si osservano delle piccole ulcerazioni superficiali, lenticolari, di colorito grigio-sporco, con bordi frastagliati, scollati. In vicinanza della forchetta si osserva una larga ulcerazione, quasi quanto un soldo, di colorito bluastro, con bordi scollati, duri, irregolari. Il fondo di questa ultima ulcerazione si presenta irregolare, fungoso, niente sanguinante. Con l'esame cistoscopico è facile vedere sulla parete anteriore della vescica, regione media, al di là dell'orifizio interno, dei noduli piccoli, bluastri, situati in vicinanza di piccoli punti ulcerati, di colore grigiastro. Al di là di questo punto il colorito della mucosa vescicale appare di colorito normale.

Ricerche microscopiche. — Numerosi furono i preparati fatti per la ricerca dello streptobacillo di Ducrey, della spirocheta pallida, ed anche per il diplococco del Neisser. Il materiale da servire per l'allestimento di tali preparati venne preso, con ansa di platino arroventata alla fiamma, dall'ulcerazione vulvare e da quella uretro-vescicale, e rispettivamente colorati con fucsina, col Gemsa e con soluzione acquosa di bleu di metilene. Le ripetute ricerche microscopiche risultarono costantemente negative.

Esame delle urine. — Peso specifico 1025, reazione leggermente acida, urati abbondanti; nè albumina, nè zucchero. L'esame microscopico rivela numerosi corpuscoli di pus, globuli rossi e cellule epiteliali della vescica. Nessun elemento renale. L'urina raccolta con tutte le cautele possibili, per lo esame bacterioscopico, fu trattata con la soluzione di acido fenico e poscia centrifugata col metodo di Biedert e con quello dello Schlen-Wendriner.

Tutti i preparati del sedimento vennero cocolorati col metodo di Gabbet, del Koch-Ehrlich e del Ziehl-Neelsen. Il reperto del bacillo tubercolare fu sempre positivo. Furono anche allestiti dei preparati col metodo del Cornet e del Marzinowsky, perchè il bacillo tubercolare non potesse venir confuso con lo smegmabacillus. Il bacillo tubercolare con tutti i suoi veri e proprî caratteri potè essere sicuramente dimostrato.

Il reperto costante, positivo del bacillo tubercolare col sedimento delle urine, fu avvalorato dal risultato importante, indiscutibile della inoculazione sugli animali da esperimento.

Prove sperimentali. — Di tale sedimento sciolto in brodo ed in acqua distillata sterilizzata furono praticate delle iniezioni sottocutanee ed endo-peritoneali a sei cavie: quattro delle quali morirono una dopo l'altra di tubercolosi generale. Alla sezione infatti ci fu dato riscontrare sul peritoneo, sulla superficie di taglio del fegato, sui polmoni dei piccoli noduli tubercolari caseificati. Anche i gangli mesenterici non furono risparmiati dalla tubercolosi. Milza aumentata di volume, dura: polmoni infiltrati. L'esame microscopico del liquido peritoneale dei noduli tubercolari diede un reperto positivo del bacillo tubercolare.

Il materiale raccolto, col raschiamento, dall'ulcerazione della forchetta, previamente disinfettata, fu, colorato con gli speciali metodi di colorazione, esaminato al microscopio. In tutti i preparati si osservarono bacilli di Koch in numero rilevante.

Pezzettini di questa ulcerazione, emulsionati in brodo, o in acqua sterilizzata, furono inoculati ad altre sei cavie: una delle quali morì in ventottesima giornata, e le altre sacrificate fra il trentesimo ed il trentacinquesimo giorno di esperimento, alla sezione, tre di esse mostrarono le stesse alterazioni riscontrate sulle cavie del primo esperimento. Anche l'esame microscopico dei noduli fu positivo.

Le ricerche culturali del gonococco su terreni di Wertheim e del bacillo tubercolare, ripetutamente praticate, hanno dato un risultato negativo.

Esame istologico. — Due pezzettini della ulcerazione vulvare, escissi con la forbice, furono induriti con la serie degli alcool: uno di essi venne colorato *in toto* con ematossilina, Dell'altro, incluso in paraffina, se ne colorarono le sezioni con gli speciali metodi di colorazione di Ehrlich e di Ziehl-Neelsen.

Nelle sezioni del pezzo colorato in massa, l'esame microscopico ha dimostrato dei veri e proprî focolai di granulazione circondati da tessuto fibroso irritato e dove pure ha sede una infiammazione essudativa. Al dintorno dei noduli si mostrano tanti setti connettivali con imponente infiltrazione parvicellulare, cioè, in mezzo ad una sostanza finamente granulosa, tra le maglie delicate di una rete di connettivo neoformato, si trovano cellule rotonde di varia dimensione, e verso l'esterno epitelio desquamato, probabilmente proveniente dalle mucose limitrofe ove il processo irritativo si è continuato e propagato. In queste stesse zone si rivelano manifesti disturbi circolatorî a causa di una iniziale obliterazione parziale dei capillari per il materiale essudato. In nessun punto però mi è parso di notare alcun che di postumo di emorragia interna per conseguenza di obliterazione totale di un vaso sanguigno.

Nel dominio dei focolai di granulazione non è facile di poter rinvenire la presenza di uno o più elementi cellulari giganti; anzi spesso essi mancano ed al loro posto si sono accumulati veri ammassi di cellule viventi. In altri casi il noduletto è caseificato al centro, mentre tutta la periferia consta di elementi cel-

lulari rotondi, grossi, granulosi, privi di vasi sanguigni, circondati sepre da un tessuto di carattere fibro-cellulare.

Le sezioni dell'altro prezzettino della su descritta ulcerazione vulvare, colorate coi noti metodi speciali di colorazione mostrarono pochi esemplari di bacilli tubercolari.

Siero-reazione Wassermann. — Negativa.

L'ulcerazione vulvare su descritta, propagatasi in secondo tempo alla mucosa uretro-vescicale, da quanto risulta dall'esame clinico, è sicuramente una lesione specifica tubercolare; e come tale possiamo fare a meno di differenziarla da lesioni ulcerose dei genitali femminili di altra natura. Il giudizio clinico è stato del resto sufficientemente suffragato dall'esame batterioscopico, dalle prove sperimentali e dal reperto istologico; ricerche tutte che hanno confermato e conclamato la natura tubercolare della ulcerazione vulvare esaminata. Sicuri quindi di essere in presenza di una lesione specifica vulvo-uretrale è necessario stabilire se tale cronica ulcerazione sia una manifestazione primaria tubercolare, o se invece essa non rappresenti una estrinsecazione metastatica a tubercolosi di altri organi. Guidati dalla storia clinica siffatta ulcerazione non può, invero, essere ritenuta secondaria ad altre lesioni tubercolari, perchè l'esame fisico ha riscontrato ed affermato sani i visceri del torace e della cavità addominale. Difatti nulla di anormale abbiamo potuto notare nello apparecchio respiratorio; nulla di patologico hanno presentato il peritoneo e l'intestino; apparecchi incriminabili. dai quali avrebbe dovuto diffondersi l'infezione tubercolare ad organi lontani, e nel caso nostro, alla regione vulvare. Nè possiamo ammettere la possibilità di una tubercolosi vescicale discendente, per dichiarare secondaria l'ulcerazione vulvo-uretrale della paziente, giacchè nessuna alterazione renale abbiamo in essa trovata; e la sua storia clinica e l'esame obbiettivo ci hanno reso edotti che le lesioni ulcerose uretro-vescicali sono di data più recente, e posteriori alla ulcerazione vulvare già da noi esaminata.

Esclusa dunque l'idea di un fatto di metastasi per l'esame negativo dei diversi apparecchi, dobiamo necessariamente ammettere che l'ulcerazione vulvo-uretrale riscontrata nella nostra ammalata altro non sia che una lesione primitiva tubercolare. Tale lesione vulvare che poteva, anche in un primo tempo, essere rappresentata da un'ulcerazione banale cronica, esposta diuturnamente ai diversi e ripetuti coiti, alla poco pulizia dei genitali, agli eccessi più depravati, non è da sorprendere se, in un secondo tempo, si ebbe su di essa ad innestare il bacillo di Koch. Indiscutibilmente però quell'ulcerazione della forchetta che vedemmo l'ultima l'ultima volta, e che non potemmo rigorosamente studiare per l'allontanamento della ammalata; quell'ulcerazione che anche oggi presenta gli stessi caratteri obbiettivi, e che ha subito lievissime modificazioni malgrado le cure specifiche più intense; quell'ulcerazione, ripeto, primitiva o secondaria ad ulcerazione cronica su cui si sia innestato il bacillo tubercolare, rappresenta senza dubbio il focolaio primitivo dal quale si è avuta la diffusione del processo tubercolare all'uretra ed alla vescica.

Riassunto. — L'A. illustra un caso clinico riguardante una tipica ulcerazione tubercolare primitiva della vulva. Il giudizio clinico è stato avvalorato dalle ricerche fatte microscopiche, sperimentali ed istologiche.

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA
Divisione Chir. diretta dal prof. D. GIORDANO.

Estrazione dalla vescica con taglio soprapubico di forcina da capelli che provoca grave flemmone gangrenoso perivescicale; guarigione.

Dott. CESARE SILVAN.

L'arrivo dal mondo esterno di corpi stranieri in vescica costituisce quasi sempre un fatto d'importanza clinica non trascurabile, specie quando per la loro presenza e permanenza provocano e sostengono delle complicanze gravi per le quali, oltre che per l'estrazione del corpo estraneo stesso, venga ad imporsi l'intervento chirurgico.

Non intendo di prendere ora in considerazione la natura e la forma dei corpi che nella vescica orinaria possono giungere, delle varie modalità di penetrazione, delle lesioni anatomiche e dei turbamenti funzionali che possono arrecare, e del loro destino. Anche nell'ultima guerra furono parecchi i casi consegnati alla letteratura di proiettili penetrati attraverso le pareti addominali ed il perineo in vescica, asportati dal chirurgo, i quali, oltre che provocare e sostenere fenomeni irritativi ed infiammatori di varia intensità e durata, s'erano fatti talora centro di deposizione di sali, concorrendo così alla formazione di concrezioni e di calcoli secondari. È noto inoltre come in seguito a gravi fratture comminutive del bacino, frammenti ossei possono arrivare in vescica e quivi rimanere; furono persino osservati corpi stranieri raggiungere la vescica del canale gastro-enterico per lo stabilirsi di processi infiammatori ulcerativi, che fini-

rono per mettere in comunicazione i due organi cavi.

Nella pratica chirurgica civile non sono rari i casi di corpi estranei che, specie nelle manovre di siringazione, possono arrestarsi accidentalmente e disgraziatamente nell'urocisti, come pezzi di catetere, minugie, ecc.; ovvero sono altri oggetti o corpi che per vizio di masturbazione, più di frequente nella donna anche per la brevità del suo canale uretrale, talora vi arrivano (forcine da capelli, aghi, resche di grano, fuscelli d'erba, pezzi di termometro, matite, bacchette di vetro, ecc.).

Così io oggi trovo meritevole di essere brevemente illustrato il caso occorso nella nostra Divisione alcuni mesi fa, il quale acquista, a mio modo di vedere, il suo maggior interesse per la rapidità delle sopraggiunte complicanze che l'intervento, prontamente praticato, riusciva felicemente a dominare.

Trattasi di una giovanetta di 14 anni, accolta in ospedale d'urgenza nel pomeriggio del 21 luglio 1920, per gravi fatti a carico della minzione, e per fenomeni peritoneali allarmanti insorti bruscamente poche ore prima. Ragazza appartenente a gentilizio sano, senza precedenti morbosi di qualche importanza, non ancora mestruata, finiva per confessare che la mattina del giorno precedente (trenta ore prima), mentre si masturbava con una ordinaria forcina da capelli di ferro, questa, in seguito a un brusco movimento, scivolava nell'uretra, completamente, per modo che nei ripetuti tentativi non le era più riuscito di raggiungerla, e di estrarla. Incominciava una mezz'ora dopo ad avvertire qualche dolore puntorio in profondità dietro il pube irradiantesi al meato, con esacerbazioni in certi movimenti del bacino e nei colpi di tosse, con disturbi crescenti della minzione che consistevano in uno stimolo frequente ad orinare, dolore sempre più acuto e tenesmo specie verso la fine dell'orinazione, con emissione di orine rossastre, talora seguite da qualche goccia di sangue schietto.

In capo a qualche ora, perdurando ed accentuandosi le sofferenze, si decise a confessare ogni cosa ai familiari, i quali chiamarono il medico che venuto a conoscenza della cosa, senza tentare alcuna manovra di cateterismo, e tanto meno di estrazione, si limitava ad inviare prontamente la paziente all'Ospedale. Frattanto la minzione s'era fatta più penosa con tenesmo crescente, mentre i dolori intensificandosi si estendevano al basso ventre che si faceva tumido; insorgeva febbre elevata con forte irrequietudine e malessere, e nelle ultime ore si manifestavano ripetuti sforzi di vomito; l'alvo s'era mantenuto chiuso.

È una giovanetta di costituzione sana, di sviluppo somatico e psichico regolare, bene nutrita; appare fortemente sofferente ed inquieta con 38,4 di temperatura, polso frequente (110) e molle, respiro prevalentemente toracico, un po' affannoso, con tosse ed escreato muco-purulento scarso; la lingua è patinosa, un po' arida; da quando è stata accolta in Divisione (da circa 3 ore) non ha vomito, nè singhiozzo. All'esame dell'apparato respiratorio si rilevano fenomeni di bronchite catarrale diffusa, più accentuati alla base del polmone destro, dove il murmure è affievolito senza soffio, con ipofonesi lieve. Nulla di notevole si riscontra a carico dell'apparato circolatorio. L'addome senza edema nè infiltrazione delle sue pareti in nessun punto, appare espanso in discreta misura, specie nei suoi quadranti inferiori, dove la pressione, anche superficiale, risveglia dolore che si fa vivo ed intollerabile in basso verso gli inguini e sopra il pube, accompagnato quivi da una energica e pronta difesa muscolare; la percussione denota meteorismo senza segni di versamento; nulla a carico degli organi ipocondriaci si rileva. All'esame dei genitali esterni il meato urinario appare alquanto arrossato ed infiltrato, senza secrezione: una siringa metallica introdotta nell'uretra nulla vi rileva, nè procura sofferenza, ma arrivata in vescica, circa a livello del basso fondo, incontra un corpo a consistenza e risonanza metallica, che pare disposto trasversalmente e che si mantiene fisso ed immobile, ed il cui contatto ridesta dolore alla paziente; l'orina che si estrae è scarsa, torbidiccia, leggermente ematica con piccoli coaguli, di lieve reazione acida, con tracce di albume, senza speciale odore. Non esiste infiltrazione nè dolore spontaneo o provocato al perineo. Con una pinza adatta si cerca invano, dopo di avere dilatato il canale uretrale, di estrarre il corpo straniero, che, data la gravità dei fenomeni generali ed addomino-pelvici, oltre che per la sua fissità, si ritiene necessario, senza frapporre indugio, asportare con la cistotomia soprapubica, la quale viene da me eseguita in etero-narcosi, avendo messa la P. in posizione inversa di Trendelenburg; l'incisione mediana soprapubica incontra già un certo grado di edema nel piano profondo parietale, mentre il tessuto cellulare dello spazio di Retzius si mostra tutto invaso da un processo flemmonoso grave a tipo gangrenoso colliquativo, che tramanda odore fetidissimo e che si estende, per quanto lo può consentire la conformazione anatomica dello spazio stesso, in alto oltre lo sfondato prevescicale del peritoneo verso l'ombelico, in basso dietro il pube sino alla base della vescica, e lateralmente oltre questa sul pavimento pelvico per un certo tratto, restandone così per buona parte circondata la vescica stessa. Questa mostra la sua parete anteriore compromessa ed alterata dal processo flogistico, infiltrata, inspessita, edematosa, non però ancora intaccata dai fatti gangrenosi, che nel cellulare perivescicale hanno determinato la formazione di lembi necrotici con un liquame grigiastro nauseabondo; il cul di sacco peritoneale non è aperto, per quanto che il connettivo adiposo che lo soppanna sia gravemente compromesso dalle alterazioni flogistiche. L'urocisti bene esposta viene aperta tra due pinze con taglio verticale mediano di 3 cm. circa, attraverso il quale, svuotata la scarsa orina contenutavi, si nota subito la presenza di una comune forcina da capelli, disposta in senso quasi trasversale in corrispondenza del fondo di essa, con l'estremità destra un po' più sollevata; afferrandola con una pinza si constata come

essa si sia fissata nella sua posizione, essendosi colle estremità puntute conficcata nella parete vescicale di sinistra, dalla quale si disimpegna spostandola cautamente verso il lato opposto, constatando in tal modo come vi fosse penetrata per la profondità di circa 1 cm. La mucosa si mostra vivamente iperemica e un po' succulenta, con piccole emorragie disseminate, specie a sinistra, senza vere ulcerazioni, nè fatti necrotici; il collo e gli sbocchi ureterali appaiono integri. Fatta l'estrazione della forcina, che è lunga cm. 8,2, formata di filo di ferro robusto ed arrugginito, si porta nella cavità uno zaffo di garza idrofila, mentre lo spazio perivescicale viene sbrigliato e fognato per quanto il processo flemmonoso si estende, lasciando completamente aperta la breccia ipogastrica che s'è dovuta estendere verso l'alto. L'atto operativo fu bene tollerato senza inconvenienti di sorta. Le condizioni dell'operata dal giorno successivo accennano a sensibile miglioramento; la temperatura declina, il polso si fa meno frequente e più valido e pieno; le sofferenze diminuiscono, l'aspetto si fa più sollevato, il ventre meno teso e meno dolente, l'alvo si è riaperto, mentre i fatti bronchiali, senza complicanze polmonari, rapidamente si avviano a risoluzione. In 3ª giornata, rimossi gli zaffi endo- e perivescicali, si constata come il processo flemmonoso pelvico si sia arrestato nella sua violenza e diffusione, incominciando già ad eliminarsi il tessuto gangrenato con abbondanza di una secrezione non più di cattiva natura ed icorosa, ma più densa e puriforme. Nella vescica viene introdotta dall'uretra e lasciata a permanenza una siringa Pezzer, mentre vi si porta un sottile drenaggio capillare dalla breccia ipogastrica. Colle successive frequenti medicazioni, in cui si ebbe cura di lavare due volte al dì la vescica e di irrigare copiosamente con soluzione di ipoclorito Dakin l'ampio focolaio flemmonoso, si poteva ottenere in breve tempo la detersione rapida e completa della ferita; la quale, quando si iniziò il processo di riparazione con rigoglioso sviluppo di tessuto di granulazione, con alcuni punti in seta fu ristretta nella sua parte superiore, abbreviandone in tal modo il periodo di cicatrizzazione, che fu completa dopo un mese dall'intervento. Levata dopo una ventina di giorni la siringa Pezzer, l'operata poteva svuotare volontariamente la sua vescica, dapprima con una certa frequenza e con senso di bruciore e di tenesmo, ma più tardi senza quasi disturbo alcuno e con frequenza pressochè normale; le orine da principio torbide, alcaline con pus e traccie di sangue, ma sempre abbondanti, man mano s'erano fatte limpide, senza alcun componente patologico. L'operata dopo 37 giorni di degenza veniva dimessa perfettamente guarita, con minzione regolare e con capacità vescicale pressochè normale.

Anche nella giovanetta a noi capitata, come nella maggior parte di casi di corpi stranieri arrivati nella vescica muliebre per manovre d'onanismo, trattasi di una comune forcina da capelli, oggetto cioè al quale la donna, per una strana predilezione, ricorre in queste pratiche di pervertimento sessuale. La sede e la disposizione che il suddetto corpo veniva ad assumere nella vescica della nostra malata, quali fu possibile con precisione constatare all'atto operativo, corrispondevano alle risultanze ordinarie non solo dell'esperienza clinica, ma ancora degli esperimenti che già Henriet intraprese sul cadavere a questo proposito sin dal 1888. E come Guyon magistralmente espone nella settima delle sue «Lezioni cliniche sulle affezioni chirurgiche della vescica e della prostata» risulta che il diametro trasversale dell'urocisti è il più costante ed il solo che persiste quando questa si svuota completamente, e che di conseguenza un corpo rigido oblungo il quale non superi i cm. 10, dalla direzione antero-posteriore che di solito presenta nel momento in cui entra in cavità vescicale, finisce per le successive modificazioni di forma e volume dell'organo, a disporsi in senso più o meno trasversale in vicinanza del collo, subendo per ciò una specie di movimento di versione, per modo da adattarsi allo spazio in cui è capitato, seguendo cioè quello che Guyon chiama l'asse funzionale della vescica. Soltanto nel caso che il corpo straniero superi i 10 cm. di lunghezza dovrà, in vescica normale di adulto, disporsi nel senso dell'asse verticale, che ad organo pieno e disteso è il maggiore.

Per la conoscenza pertanto di una posizione determinata e pressochè costante che detti corpi vengono ad assumere ed a mantenere in vescica, posizione che per mezzo del catetere esploratore era possibile in modo molto approssimativo constatare, risulta anche nel caso nostro razionale il tentativo di estrazione attraverso le vie naturali, anche per la facilità di dilatazione di cui è suscettibile il canale uretrale nella donna.

Senonchè nel caso concreto dopo un primo tentativo a ragione si abbandonava l'idea di un simile modo di estrazione, non solo per la mancanza degli strumenti più adatti a simili manovre (uncini speciali che con la guida del cistoscopio servono ad afferrare il corpo estraneo, il raddrizzatore di Collin, ecc.), ma sopratutto per il fatto dall'esplorazione bene stabilito della fissità del corpo estraneo, che con ogni probabilità doveva essersi infitto nelle pareti vescicali, e per la natura e la sede dei fenomeni infiammatori addomino-pelvici sopraggiunti, la cui violenza e gravità reclamavano un pronto intervento. Era pertanto col taglio soprapubico che si poteva direttamente cadere in pieno sul focolaio flemmonoso pericistico che la tumultuosa sintomatologia clinica chiaramente palesava e penetrare nello stesso tempo nella cavità dell'organo, mentre

ogni fortunata manovra strumentale dalla via dell'uretra, che avesse rimosso il corpo straniero, sia pure senza danno all'integrità del viscere, avrebbe lasciate invariate le gravi condizioni di sepsi in cui a noi si presentava la paziente.

Il processo flogistico perivescicale indubbiamente non al semplice arrivo della forcina in vescica era dovuto, ma particolarmente alla penetrazione da parte delle sue estremità puntute nella parete dell'organo, provocata dalle contrazioni energiche di questo irritato e sofferente come la pollachiuria, il tenesmo ed il dolore stavano a denotare, e favorita molto verosimilmente dalla relativa piccolezza dell'organo stesso. È noto ed assodato infatti per ripetute osservazioni come la vescica si mostri spesso tollerante anche per un tempo lungo verso i corpi estranei se asettici e lisci, i quali possono passare quasi inosservati, cominciando a dare e sostenere disturbi qualora si facciano centro di deposizione di sali terrosi precipitatisi dall'orina, in guisa da riprodurre una sintomatologia che molto rassomiglia a quella della calcolosi vescicale. I fenomeni di pericistite grave che può arrivare al tipo gangrenoso, i quasi si sogliono comprendere col nome di infiltrazione orinosa, si verificano ordinariamente quando si sia prodotta l'ulcerazione o la perforazione della parete stessa del viscere, oltre la quale l'infezione viene a guadagnare in modo violento i tessuti circostanti. In simili casi non alla filtrazione di orina attraverso le pareti vescicali ed alla sua decomposizione, ma all'arrivo e alla moltiplicazione di germi portati direttamente dal corpo straniero stesso dal mondo esterno, o dall'urina da esso inquinata al di là della vescica nei tessuti pelvici si deve attribuire l'insorgenza pronta e lo sviluppo rapido dei gravi fenomeni flemmonosi quali sopratutto i germi anaerobi sogliono in condizioni consimili provocare.

Contro il vecchio concetto patogenetico, meccanico e chimico dell'infiltrazione urinosa (secondo il quale questa era dovuta all'azione di contatto dell'orina, alla sua secondaria decomposizione, nonchè alla diffusione in estensione e alla pressione di essa in seno ai tessuti), stanno ormai le classiche ricerche di P. Delbet, Hallé, Clado, Bazy, Escat, Albarran, Coblet, ecc.; esse dimostrano come le gravi tossi-infezioni suddette, tanto quelle a tipo purulento come le gangrenose, siano da attribuirsi a germi anaerobi (*micrococcus foetidus, bacillus fragilis, bacillus funduliformis, nebulosus, staphylococcus parvulus*) associati o no ad altre forme microbiche, provenienti direttamente dal mondo esterno, o dalle vie urinarie malate.

Nell'esemplare da noi osservato il processo perivescicale presentava i caratteri anatomo-patologici e clinici classici del flemmone grave gangrenoso da anaerobi, senza che in esso si potessero constatare le note di una vera filtrazione di orine negli spazi circostanti la vescica, anche per la considerazione del fatto che per la entità della lesione traumatica stessa da parte del corpo estraneo non poteva prodursi una perforazione della parete dell'organo tale da permettere fuoriuscita e diffusione di una certa quantità di orina.

E se una lieve filtrazione non si può in modo del tutto sicuro escludere, tutt'al più è concesso ammettere che i prodotti della decomposizione orinosa siano concorsi a favorire e ad aggravare l'estendersi dei processi settici, che soltanto germi fortemente virulenti del tipo anaerobico, pervenuti col corpo straniero nei tessuti circostanti la urocisti, aveano determinato. Ed è per tutto ciò che in casi consimili, come giustamente avverte Forgue, essendosi modificate radicalmente le dottrine patogenetiche di siffatte alterazioni gravi delle vie orinarie, sarebbe opportuno modificarne la corrispondente terminologia, cambiando la denominazione di infiltrazione o flemmone orinoso in quella più giusta di periuretrite, di pericistite, ecc., purulenta o gangrenosa; per modo che nel caso in esame possiamo con termine più appropriato definire la complicanza sopraggiunta all'arrivo del corpo straniero in vescica come pericistite a tipo gangrenoso, ovvero flemmone gangrenoso perivescicale.

La natura, la gravità e l'estensione del processo settico nel caso occorso alla nostra osservazione reclamavano pertanto l'intervento immediato nel modo che fu condotto, facendo abbandonare senza indugio, per quanto fu sopra considerato, l'idea di tentare l'estrazione del corpo estraneo dalla via naturale; solo l'aggressione e l'energico trattamento chirurgico del vasto focolaio settico dalla via ipogastrica ne permisero una rapida regressione ed il dominio completo, mentre la contemporanea apertura della vescica non solo non appariva controindicata, ma per la fissità del corpo straniero veniva ad imporsi; essa perciò, liberata in tempo dal pericolo dell'estendersi alle sue pareti del processo gangrenoso distruttivo, che la avvolgeva per buona parte, veniva messa in condizioni da poter riacquistare in breve la sua integrità anatomica e funzionale.

Venezia, aprile 1921.

NOTE E CONTRIBUTI.

Contributo allo studio delle concause nei traumi da infortuni.

Dott. LUIGI ROSSINI.

Quando vi era il Deposito delle Ferrovie Secondarie in Albano, io ebbi ad osservare più volte casi di chirurgia traumatica, ed ho riunito in questa modesta memoria la storia di tre di questi casi, semplici dal lato clinico, importanti per gli esiti a cui diedero luogo. Essi sono:

« Due ferite corneali infette, per corpi estranei »;

« Una distorsione grave della articolazione tibio tarsica ».

STORIA I. — C. P., fuochista, di anni 26.

Corpuscolo di carbone nel quadrante superiore destro della cornea sinistra. Quando l'infermo venne al mio esame preesisteva una congiuntivite catarrale. Estirpato all'Ospedale con le regole antisettiche il corpo estraneo, previa accurata lavanda della superficie congiuntivale, già alla sera stessa del piccolo atto operativo, noto che la cornea attorno alla ferita, si presenta fosca, grigia infiltrata.

Nei giorni successivi appare una secrezione purulenta con sfaldamento degli strati superficiali corneali e formazione di ulcera.

Con cure energiche posso arrestare l'approfondirsi dell'ulcera. Gli strati superficiali della cornea eliminati dalla secrezione purulenta, lasciano una perdita di sostanza che lentamente cicatrizza. Questa cicatrice residua non è aderente, ma si estende verso il centro della cornea.

STORIA. II. — C. R., operaio dell'officina, di circa 45 anni, fumatore, bevitore. È affetto da congiuntivite catarrale cronica e da dacriocistite. Riceve una scheggia di acciaio nel quadrante inferiore esterno dell'occhio destro. Strofinazioni con un fazzoletto lurido, bagni freddi, ecc. Ricorre all'Ospedale dopo un giorno e mezzo. Non riesco a vedere più il corpo estraneo, ma un'ulcera in formazione al posto della ferita corneale. Ad onta della incisione dell'orificio lacrimale, lavande astringenti e disinfettanti assidue, l'ulcera si estende in profondità ed appare sul fondo della camera anteriore un *ipopion*.

Lentamente questa raccolta purulenta si riassorbe, sparisce l'alone periferico all'ulcera e subentra una cicatrice connettivale, aderente, biancastra, con deformazione della curva corneale, fortunatamente senza ernia dell'iride.

Il leucoma si estende in alto.

STORIA III. — Giovane di 18 anni, cantoniere avventizio.

Nel lavorare alla squadra e camminando con un peso sulle spalle, si produce una grave distorsione al piede destro.

Costretto a sospendere il lavoro viene condotto all'Ospedale di Albano.

All'esame trovo l'art. tibiotarsica destra gonfia, dolentissima, con edema, ematoma dorsale e probabile emartro. Estendendo l'esame all'arto trovo una notevole ipotrofia di gran parte dei muscoli della gamba. Alle mie domande l'infermo mi dice che un anno prima aveva sofferto di un'altra distorsione, che lo aveva costretto a più di un mese di riposo, lasciandogli il piede dolente, facile a gonfiarsi e debole.

Dopo circa un mese di riposo, massaggio, mobilitazione dell'articolazione, l'ematoma e l'edema della porzione dorsale ed esterna del piede sono scomparsi, lasciando libere le sporgenze dei malleoli. Anche lo spandimento siero sanguigno degli interstizi muscolari e delle guaine tendinee è riassorbito. Residua una tumefazione localizzata nella regione medio tarsica, dolente, dura, che costringe l'infermo a zoppicare. Ciò dimostra che la grave distorsione, oltre alla lacerazione del ligamento laterale dell'articolazione tibio tarsica, ha determinato lo strappamento dei ligamenti che uniscono l'astragolo allo scafoide ed il calcagno al cuboide. Questa distorsione media tarsica, spiega il persistere della tumefazione e del dolore, e la claudicazione che, aggravata dalla ipotrofia muscolare dell'arto diverrà forse permanente.

Sono tre casi in cui una pregressa malattia ha complicato il decorso del trauma, conducendolo ad esito anormale e grave. Nell'ultimo Congresso Nazionale per le malattie del lavoro (Roma 8 giugno 1913) nel V tema « *Patologia Professionale dei Ferrovieri* (Fabbri e Tognetti) » fu fatto rilevare che le cause di incapacità al lavoro dei Ferrovieri, rispetto alle altre categorie di lavoratori, sono maggiori nelle lesioni degli organi dei sensi, ma questi nella generalità dei casi rappresentano non incapacità assoluta, ma specifica in relazione alle peculiari attribuzioni degli addetti all'esercizio ferroviario.

Macchinisti, Fuochisti, operai di officina possono essere affetti da congiuntivite croniche, o infiammazione della mucosa nasale con diffusione al canale naso lacrimale, dovuto alle facili irritazioni (correnti d'aria, calore, polveri, ecc.) alle quali questi operai sono sottoposti.

Allorquando avviene un trauma, la congiuntiva si iperemizza di più, la lacrimazione aumenta. La molestia determinata da questi fatti, può essere causa di toccamenti, frizioni con le dita sporche o con fazzoletti infetti, immettendo germi che andranno ad infettare la ferita corneale, e renderanno facile l'emigrazione dalle cripte congiuntivali, dei germi ivi annidati per la preesistente congiuntivite.

Ora nella congiuntiva e nel canale lacrimale infetti, si annidano oltre il bacillo di Koch-Wechs, anche il diplobacillo di Morax-Axenfeld, gli streptococci, gli stafilococci, ed il *bacillus subtilis* dell'Ehremberg, che divenendo patogeno può aggiungere la sua azio-

ne a quella degli altri accennati germi, nel determinare una affezione oculare purulenta.

Distrutta dal trauma corneale la barriera dell'epitelio, questi germi invadono la via del parenchima. Anche arrivati in tempo all'asportazione del corpo estraneo e ad una disinfezione accurata, la piccola ferita si circonda di un alone grigio, si ulcera, riempiendosi di pus.

Questa ulcera può guarire spontaneamente lasciando una limitata cicatrice. Ma se la disinfezione non è stata rapida ed ha lasciato che l'invasione dei germi arrivasse negli stati profondi del parenchima, l'ulcera può divenire serpiginosa, o estendersi in profondità dando luogo ad ipopion, mettendo in pericolo l'esistenza della cornea e dell'occhio stesso. La guarigione può avvenire lasciando leucomi più o meno estesi, deformità nella curva corneale con diminuzione del campo visivo ed astigmie irregolari e spesso incoreggibili.

Senza volermi addentrare in un esame di tutte le altre conseguenze della penetrazione di corpi estranei nella cornea, ma fermandomi solo alle complicanze verificatesi nelle storie sopraccennate, si vede quale importanza abbiano queste concause, nella evoluzione del trauma.

Ora la diminuita funzionalità ed acutezza visiva nel personale di macchina e di officina, può essere uno dei più gravi accidenti, riducendo nell'uomo il suo valore professionale e la capacità al lavoro. Quindi invalidità che da *temporanea* può divenire *permanente parziale* o *permanente totale* (infezione del vitreo, dei corpi ciliari, rammollimento del bulbo panoftalmite) con tutte le sue conseguenze, nei riguardi della indennità.

Nel 3° infermo concorse come concausa la prima distorsione che avendo disposto il piede ad uno stato di debolezza e di limitazione nei movimenti, per l'ipotrofia di alcuni muscoli, e la distensione dei ligamenti, aveva diminuito ogni resistenza nella articolazione tibio-tarsica, per una seconda possibile distorsione.

Nella valutazione della riduzione della capacità al lavoro determinata da un trauma, la giurisprudenza francese, non tiene conto della malattia preesistente. Basta che l'incidente abbia avuta una parte nettamente determinata nella comparsa di una malattia, perchè le conseguenze di questa siano indenizzate come se il trauma avesse creata di sana pianta la malattia. Anche la giurisprudenza Italiana di poco differisce da quella Francese nelle sue conclusioni, in modo che se questa legge sulle concause, attenua le controversie fra Istituto di Assicurazione e gli operai, obbliga a misure precauzionali assidue, con la rigorosa accettazione degli operai, con visite periodiche e regolari, con cure profilattiche, con istruzioni a Capi officina ed operai stessi, per preparare l'opera ulteriore del medico, ed evitare quelle manovre o quei trattamenti malpropri, capaci di aggravare l'infortunio stesso.

Alla sua volta il giudice deve imporre al medico che, avvenuto l'infortunio, l'esame sia completo, per rilevare eventuali lesioni congenite dietesiche, intossicanti, o infiammative pregresse al trauma, capaci di complicarlo, o dare agio al ferito di valersene, per reclamare un titolo di incapacità professionale maggiore.

COMMENTI.

A proposito di sieroterapia antidifterica.

Ill.mo Sig. Redattore Capo
del « Policlinico »
Roma

Vedo nella rubrica *Posta degli abbonati*, del n. 2 della Sezione Pratica 1922 a pag. 68, e precisamente nella risposta al quesito *1163* alcune affermazioni categoriche che non posso lasciar passare sotto silenzio, perchè contrastano troppo apertamente coll'esperienza che da parte di noi pediatri si ha in fatto di sieroterapia antidifterica.

Convengo sulla scarsa utilità della sieroprofilassi per la transitorietà dell'immunità passiva ch'essa conferisce; per quanto però, se adoperata a tempo quando il pericolo incalza nè vi ha il tempo di immunizzare attivamente l'organismo coi vari metodi che vanno già vittoriosamente affermandosi, possa rendere anche essa preziosi servigi.

Non convengo invece coll'egregio collega Montefusco nell'opinione che il siero antidifterico rappresenti un rimedio *per lo meno di dubbia efficacia*, e tanto meno nel corollario ch'egli ne deduce che *allo stato attuale della scienza non possa essere ritenuta colposa la trascuranza della sieroterapia antidifterica.*

Chiunque ha pratica di difterite, chi dirige sezioni pediatriche di malattie infettive, non potrà mai sottoscrivere a tale affermazione.

L'ipotesi stessa di Bingel, che il siero antidifterico agisca solo in parte per quel tanto di antitossina che contiene il siero normale di cavallo, e precipuamente invece come un'eteroproteinoterapia aspecifica, è stata combattuta dai pediatri (Czerny, Francioni ed altri) ed è stata dimostrata infondata dalle statistiche comparate di Feer. Studi recentissimi di autori americani (Fleischner e Shaw) insistono sul-

l'azione pronta ed efficace delle dosi elevate iniettate prontamente, specialmente per via endovenosa, ed asseriscono che *nessun caso mortale si avrà se una quantità sufficiente di antitossina si inietterà in tempo utile ad impedire la fissazione della tossina nei tessuti.* (*Arch. of Pediatrics*, XXXVIII, p. 630, 1921).

Le statistiche di difteriti guarite senza siero altro non provano se non che la *vis medicatrix naturae* ripara in qualche caso le nostre omissioni terapeutiche; ma a questo riguardo il voler troppo generalizzare mi sembra conduca a quel pericoloso snobismo intellettuale che vorrebbe frequenti le guarigioni della sifilide senza mercurio nè arsenico e via dicendo, con quali belle conseguenze per il medico pratico che si lasciasse sedurre da tali prospettive, ognuno può facilmente immaginare.

Concludendo, per conto mio ritengo, e so d'avere con me la quasi totalità dei pediatri, che allo stato attuale delle nostre cognizioni sia assolutamente colpolso per il medico il non praticare *tempestivamente* e *in dose sufficiente* la sieroterapia, non appena gli si affacci il semplice ma fondato dubbio di un'infezione difterica.

Gradisca le mie grazie anticipate per la pubblicazione.

Dev.mo

Prof. A. GISMONDI
Libero docente in Clinica Pediatrica nella R. Università di Genova, primario pediatra negli Ospedali Civili di Sampierdarena.

Genova, 17 gennaio 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La patogenesi della febbre nei tubercolotici.

(E. BOSSAN. *Paris méd.*, 1921, n. 37).

Lo studio di questo argomento non è puramente accademico, ma anche d'indole pratica, poichè precisando le idee sulla patogenesi, si potrà con maggiore successo istituire il trattamento, ed ottenere preziose indicazioni pronostiche.

Al pari dell'intossicazione, la febbre nei tubercolosi ha tre cause differenti, che le comunicano un andamento caratteristico: *a*) veleni dovuti al metabolismo cellulare; *b*) veleni messi in libertà in seguito alla morte dei bacilli; *c*) riassorbimento dei tessuti necrosati. Questa divisione è alquanto schematica tanto più che talvolta le diverse cause si sommano, ma è utile per avere un'idea più chiara dell'argomento, mentre poi corrisponde alle condizioni reali negli stadî estremi della malattia.

Per quanto riguarda la febbre dovuta ai veleni tubercolari, occorre tener presente la presenza costante di bacilli tubercolari nel sangue. Sabathé e Buguet hanno trovato il metodo di svelarli, basato sul fatto che i bacilli tubercolari sfuggono dalle maglie di fibrina del coagulo, sia per la larghezza di queste, sia per lo strato cereo-grasso dei bacilli stessi, i quali si possono quindi trovare nella superficie superiore esterna del coagulo sanguigno. La sola difficoltà della ricerca risiede nella scarsità dei bacilli in cinque cmc. di sangue (quantità ritenuta sufficiente) e quindi è necessario un esame lungo e paziente dei preparati per scoprirvi pochi bacilli. Questi si trovano in tutte le forme di tubercolosi, polmonare, chirurgica, cutanea ed in tutti gli stadî della malattia.

Il bacillo tubercolare dà, di per sè, poca febbre; del resto le reazioni dell'organismo a tale germe sono del tutto particolari. Così, p. es., accade per il metabolismo della colesterina; mentre, in tutte le malattie infettive, vi è un abbassamento notevole della colesterinemia, nella tubercolosi, con o senza febbre la quantità di colesterina nel sangue rimane normale; questo fatto, oltre a distinguere la tubercolosi dalle altre malattie infettive, indica l'inutilità del trattamento di essa con la colesterina.

Anche i veleni tubercolari hanno caratteri differenti dalle tossine microbiche: la tubercolina, a differenza delle tossine batteriche, che sono termolabili, può subire l'ebollizione,

senza perdere le sue proprietà; essa non è affatto neutralizzata dalla sua antitossina, come avviene invece per le altre tossine; essa inoltre non produce, alcun disturbo nel sano, salvo forti dosi e non è nociva che per il tubercolotico. Si aggiunga inoltre che il sangue può contenere bacilli tubercolari, senza che vi sia manifestazione febbrile. Il bacillo tubercolare possiede dunque proprietà biologiche particolari, non ancora abbastanza studiate, ed il sangue può servire, anche alla sua eliminazione, oltre all'infezione, come è dimostrato anche dal fatto, che, al di fuori di ogni lesione renale, intestinale, mammaria, si può trovare il bacillo nell'urina, nelle feci, nel latte. Tutti questi fatti ci conducono alla conclusione terapeutica che la febbre tubercolare propriamente detta, potrà essere vinta con la medicazione specifica, bastando aiutare l'organismo nella sua lotta contro l'agente causa dell'infezione.

Quando, invece, l'organismo è stato vinto i tessuti sono stati necrosati, il polmone presenta grandi zone di rammollimento, il carattere della febbre cambia completamente: si ha allora la *febbre etica* a grandi oscillazioni. Si è voluto attribuire questa ad associazioni microbiche, ipotesi che i fatti non hanno confermato, poichè la febbre etica rimane, pure scomparendo la flora associata e poichè l'espettorato può contenere pochi o punti bacilli, pure osservandosi 40° come temperatura vespertina; inoltre le emocolture rimangono negative, mentre se la febbre fosse dovuta ai germi associati, questi si ritroverebbero nel sangue. Sono invece i tessuti necrosati e purulenti che producono tale febbre e tutti i fenomeni di intossicazione; quando l'ammalato ha lesioni abbastanza limitate ed ha la possibilità di eliminare i suoi tessuti necrosati, di vuotare i suoi ascessi, di fare una caverna, non si ha affatto febbre etica, la quale può invece prodursi nell'animale da esperimento iniettandogli i tessuti necrosati, le cellule degenerate del tutto prive di bacilli. I fenomeni della intossicazione e della febbre sono dunque dovuti non già a tossine, ma a veri veleni cellulari analogamente a quanto si osserva per lo *shock* traumatico, che, secondo gli studî di Delbet, Quenu ed altri sarebbe dovuto ad una intossicazione che avrebbe la sua origine nel focolaio traumatico e specialmente nel tessuto del muscolo leso.

Così concepita la patogenesi della febbre etica, si impone la conclusione che è essenziale sopprimere al più presto la sorgente dei veleni, la quale è la causa reale della morte di tali ammalati. Contro la malattia tubercolare, anche avanzata, l'A. riferisce di aver trovato un vaccino che, permetterebbe all'organismo di distruggere i bacilli, provocando la comparsa di liposi, che in essi è deficiente. Contro la febbre etica siamo ora impotenti: il pneumotorace è impossibile per le numerose aderenze, che si trovano sempre in tali casi; all'amputazione di un polmone e anche di un solo lobo non si può pensare per lo stesso stato intossicato, indebolito di tali ammalati. Si deve tentare di esteriorizzare la sorgente di infezione, forse di neutralizzarla o di farla scomparire, mummificando con iniezioni fissatrici i tessuti mortificati; le ricerche in questo senso saranno forse un giorno coronate da successo. FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Trattamento del cancro della lingua.

(DOUGLAS. *Surg., Gyn. a. Obst.*, 1921).

Il cancro della lingua ha dimostrato di essere una delle malattie maligne più difficili da trattare. L'anatomia microscopica ne è piuttosto uniforme, ma il decorso clinico varia notevolmente. Nell'insieme si può dire che lo accrescimento è rapido e la disseminazione precoce. Ciò è dovuto probabilmente al ricco apparato sanguigno e linfatico e al movimento costante dell'organo. Quantunque sia relativamente accessibile, è molto più fatale di diversi altri tipi di cancro più inaccessibili. In 75-90 % dei casi termina fatalmente. Per frequenza, occupa, secondo alcuni, il secondo posto, rimanendo indietro soltanto al carcinoma del collo dell'utero; secondo altri occupa il terzo posto. La sopravvivenza media dei casi non trattati è inferiore ai due anni.

Nel trattamento di questa malattia la chirurgia, da sola, s'è dimostrata inadeguata e poco soddisfacente per varie ragioni. Parecchi casi giungono al chirurgo nello stadio di inoperabilità. Nella statistica dell'A., soltanto 27 per cento di casi erano operabili al momento di presentazione. Ma la proporzione è troppo bassa per servire da media, perchè, specialmente nel primo periodo di lavoro, non vi fu un caso che non fosse molto avanzato.

La localizzazione ha una grande importanza nel determinare l'operabilità. Più favorevoli quelli alla punta, mentre in quelli alla base non c'è da sperar nulla dall'operazione.

Frequentemente si vede la lesione primaria operabile, ma le metastasi linfatiche inoperabili. In una considerevole percentuale di casi, pure operabili per quanto concerne la estensione della malattia, le condizioni generali del

paziente non sono sufficienti per resistere al trauma operatorio. Molti di questi pazienti sono esposti a polmonite o qualche altra infezione intercorrente a seguito del trattamento chirurgico radicale.

Entro il campo dell'operabilità, le statistiche chirurgiche variano considerevolmente:

La mortalità varia da un minimo di 11.6 ad un massimo di 25 %. Le assenze di recidive sopra i tre anni sommano a 11,6-27,8 %. Furono segnalate guarigioni anche oltre 4, 6, 7, 8, 13, 23 anni. Dei morti per recidiva, è molto superiore la percentuale per recidiva nei ganglii che in sito.

In considerazione di queste statistiche chirurgiche è evidente che molto rimane ancora da sperare nel trattamento del cancro della lingua.

TRATTAMENTO DELLA LESIONE PRIMARIA.

Secondo l'A. questa parte della malattia appartiene interamente al campo d'azione del radio. Ma le applicazioni superficiali devono essere riservate ai pochi casi iniziali (p. es. in aree leucoplasiche). Il perno del trattamento rimane interamente nell'uso di emanazioni infisse nel tumore. Tubi di vetro capillari di c. 3 mm. di lunghezza e 0.3 di diametro, contenenti ciascuno c. 1 millicurie di emanazione di radio. Tubi di 2, 3 e 4 millicurie producono troppa necrosi di tessuto. L'emanazione di radio si disperde in ragione di c. 15 % *pro die*, però il valore totale di un millicurie equivale approssimativamente a 132-h di radiazione continua. Sono infitti uniformemente per mezzo di un sottile trequarti e lasciato in sito, previa anestesia novocainica sul nervo linguale o per infiltrazione. La dose di radio dipende dalla acutezza e dalla forma del tumore ma varia di solito da 6-15 millicuries. Uniformità di distribuzione e accuratezza di approssimazione attraverso il tumore sono i fattori principali, e in caso di insufficienza di tubi è preferibile usare più tubi di minore valore singolo. Nella cura per infissione di aghi metallici contenenti elementi di radio, il metodo dell'emanazione ha il vantaggio di una irradiazione molto prolungata di raggi beta e gamma (filtrando la sottile parete del capillare soltanto i raggi alfa) mentre il metallo, con maggiore quantità di elementi, e perciò rimosso dopo poche ore, non dà che una breve radiazione di raggi prevalentemente gamma. L'emanazione diminuisce in ragione approssimativa di 15 % *pro die*, così che in c. 4 giorni s'è spenta una metà della sua energia, mentre alla fine di 8 giorni è ancora presente c. un quarto della sua attività.

TRATTAMENTO DELLE METASTASI GANGLIARI.

I linfatici del collo costituiscono una barriera naturale a questa malattia, e fino a che non si sia compiuta un'involuzione definitiva non dovrebbero essere interrotti chirurgicamente. E la solita disserzione in blocco quale è praticata comunemente non rinnova tutte le possibili vie di disseminazione, mentre rimane invece una barriera principale di natura, spesso nel momento in cui è maggiormente necessaria.

Quando non si palpano metastasi cervicali, metodo dell'A. è di non fare nulla o di confinare il trattamento alla sola radiazione esterna, tenendo il paziente in osservazione. Se vi sono ganglii palpabili, clinicamente metastatici e non soltanto infiammatori, fa una dissezione completa di questo lato del collo, in anestesia locale, asportando l'intera catena dei ganglii e infiggendo piccole dosi di emanazione bene distribuite in tutti i punti sospetti della ferita. Questa è guarita prima che l'intensità della radiazione sia esaurita.

Tendenza però è di diventare sempre più conservativi. P. es., in caso di sconfinamento di metastasi dalla ghiandola linfatica, è meglio infiggere l'emazione e richiudere la ferita.

Quando interviene sul collo chirurgicamente approfitta per legare i vasi che vanno alla lesione primaria, arteria linguale e facciale separatamente, e in aggiunta lega sempre l'a. carotidea esterna subito sopra la tiroidea superiore: questa toglie una grande parte di circolo anastomatico. Anestesia locale.

STATISTICA DEI CASI TRATTATI.

Negli ultimi 3 anni e mezzo l'A. trattò al « Memorial Hospital » 148 casi di cancro della lingua. Un grande numero di questi erano così avanzati che sarebbe stato meglio non trattarli. C'è un periodo nel caso di questa malattia in cui si deve riconoscere che è troppo tardi per l'uso palliativo di agenti fisici.

134 casi erano di uomini (90.5 %); 14 (o 9.5 %) di donne. In 35.1 % vi erano traccie di sifilide o dall'anamnesi o dalla Wassermann. Quasi tutti gli uomini erano fumatori eccessivi di tabacco. Molto comune dentizione cattiva e irregolare.

Durata media della malattia mesi 6,72.

69 casi o 45.8 %: tumore primario senza metastasi; e di questi solo 34 o 23 % del totale furono giudicati operabili chirurgicamente. Di questi 34 casi, 29 o 85.5 %, sono ora clinicamente liberi da malattia per tempi che vanno da 2 mesi a più di 3 anni dal tempo in cui fu iniziato il trattamento. Uno, morto un anno dopo

il trattamento, aveva cominciato ad avere recidive sia localmente che nei ganglii. Uno lasciò il luogo di cura 11 mesi dopo il primo trattamento e fu poi operato altrove: dimesso, era sempre libero da malattia. Uno fu perduto di vista dopo 6 mesi. Uno morì di diabete un anno e mezzo dopo il trattamento senza manifestazioni cliniche di cancro; il 5° morì 18 mesi dopo il primo trattamento di diffusione al collo che rifiutò di aver trattato secondo il consiglio dell'A.

Di questi 34 casi primitivamente operabili senza metastasi, 5 ebbero metastasi cervicali in seguito. Tutti questi 5 furono trattati nel modo detto prima, e 3 sono ora clinicamente liberi da malattia. Uno — come fu detto prima — è quello morto con recidiva locale e gangliare, e il 5° è il perduto di vista. 30 casi di questo gruppo, ossia 88.2 %, furono controllati all'esame microscopico.

Dei casi giunti alla cura con metastasi, già in atto, solo 3, ossia 2 % del totale, erano operabili a quel tempo. Questi furono trattati al modo detto, e tutti 3 sono ora clinicamente liberi da malattia.

Fra tutti i casi presentatisi alla cura ve n'erano 20, ossia 13.5 %, di recidive: 6 solo localmente, 4 solo nei ganglii, 10 localmente e nei ganglii. Tre di questi casi erano operabili chirurgicamente: tutti recidivi locali. Trattati coll'emanazione, 2 sono ora clinicamente guariti, rispettivamente da 2 anni e 3 mesi e da 1 anno e 9 mesi; il terzo fu perduto di vista.

Di tutta la serie, 40 casi, ossia 27 %, erano operabili al principio della cura. Di essi, 34 ossia 85 %, sono ora clinicamente guariti per tempi che vanno, come fu detto, dai 2 mesi a 3 anni e mezzo.

133 casi fra tutti, ossia 89.8 %, ebbero biopie pitine.

128 casi di lesioni primarie furono trattati con la sola radiazione; 5 con sola applicazione superficiale; 9 ebbero trattamento misto.

24 casi (16.2 %) ebbero radiazioni esterne al collo. Nei casi in cui le metastasi gangliari si svilupparono dopo il trattamento della lesione locale, il tempo medio decorso fra il trattamento primario e la comparsa delle ghiandole è stato di poco superiore ai 4 mesi, minimo 6 settimane, massimo 12 mesi.

58 casi ebbero dissezioni al collo ed emanazioni (39 %). Finora si hanno recidive in 15.

Nella serie totale dell'A. vi sono 43 casi, o 29 %, clinicamente guariti per tempi che vanno dai 3 mesi a sopra i 3 anni, come segue:

6 casi da 3-6 mesi; 7 casi da 6-12 mesi; 13 casi da 12-18 mesi; 6 casi da 12 mesi-2 anni; 7 casi da 2 anni-2 anni e mezzo; 4 casi da 2 anni e mezzo-3 anni e mezzo.

Aggiunti 18 casi con completa regressione della lesione primaria ma con metastasi cervicali senza speranza, vi sono 61 casi, o 41 %, di tutte le lesioni locali, che dimostrano completa retrogressione.

19 casi o 12.8 % sempre migliorati, ma non ancora liberi.

58 casi o 39 % sono morti, sebbene 3 di essi fossero liberi da carcinoma al tempo della morte, 1 morì di diabete, un altro di polmonite e un terzo di insufficienza cardio-renale.

21 o 14.1 % furono perduti di vista, per cui si devono aggiungere al gruppo degli sfavorevoli; 7 vivono, ma vanno peggiorando.

21 o 14.1 % di tutta la serie furono non migliorati dal trattamento.

Del gruppo dei clinicamente guariti al presente l'età media è 57 anni e 7/10; gli esterni 32-78 anni.

CONCLUSIONE.

La lesione primaria del cancro della lingua deve essere trattata esclusivamente col radio. Il metodo di scelta consiste nell'infissione di tubi leggeri di emanazione. Le metastasi gangliari devono essere trattate conservativamente: prima con radiazioni esterne, se non si palpano ganglii; quando le metastasi si palpano, con radiazioni esterne seguite da dissezione completa in anestesia locale, associata all'uso di emanazione di tubi molto piccoli seppelliti nella ferita.

Sebbene il tempo sia molto breve per permettere un confronto con le statistiche chirurgiche, è convincimento dell'A. che questa forma di trattamento in casi non scelti renderà una percentuale di guarigioni cliniche più alta che la chirurgia sola nei casi operabili scelti.

BAGGIO.

NEUROLOGIA.

I disturbi respiratori nelle malattie nervose.

(I. PURVES STEWART. *British medical Journal*, 17 dicembre 1921).

Il centro del riflesso respiratorio più basso è localizzato nella parte inferiore del bulbo, probabilmente nella regione del nucleo sensorio viscerale del *fasciculus solitarius*. Il centro vitale mantiene ordinariamente la respirazione con il suo ritmo regolare, ed è eccitato dalle variazioni del contenuto del sangue in ossigeno ed acido carbonico. Ma può essere influenzato anche da stimoli nervosi, che lo raggiungono attraverso varî nervi sensitivi, tra cui principalmente il vago.

Oltre quello bulbare vi è un altro centro respiratorio situato più in alto nel cervello

medio e precisamente in ambo i talami ottici. Questo centro presiede a riflessi emotivi, come ad esempio il riso ed il pianto, azioni che importano modificazioni dei movimenti respiratorî, e che sono talvolta accompagnati da fenomeni secretorî, come la lagrimazione, o anche viscerali, come la contrazione della vescica e dell'intestino.

Infine più in alto ancora nella corteccia cerebrale si trovano centri motori, a mezzo dei quali si può esercitare un controllo volontario sul meccanismo respiratorio inferiore.

Non sorprende quindi che questi complessi centri respiratori situati profondamente nel cervello, nel bulbo e quelli ancora più bassi nel midollo spinale sono soggetti a disordini nelle malattie e nelle lesioni traumatiche del sistema nervoso.

Nella *commozione cerebrale* si ha anemia della massa encefalica accompagnata da piccole emorragie perivascolari specie nella sostanza grigia della corteccia, del cervello medio e del midollo. Queste alterazioni determinano polso debole e frequente, pressione vasale bassa e respirazione lenta, superficiale, irregolare. Successivamente quando sopravviene l'edema reattivo ritorna la coscienza, la temperatura sale, il polso diventa pieno e scoccante e la respirazione si fa più profonda del normale.

Nell'*apoplessia* da lesioni distruttive cerebrali (emorragia, trombosi, embolia) oltre i fatti emiporaliteci e gli altri sintomi in rapporto alla localizzazione del focolaio si verifica spesso il coma. Questo è probabilmente dovuto ad un edema diffuso intorno al focolaio distruttivo, il quale a sua volta determina un arresto del deflusso venoso fino al midollo, fatto che provoca sintomi irritativi. In tali casi di apoplessia con coma e compressione cerebrale il polso diventa raro, la pressione vasale aumenta, ed il respiro si fa tipicamente sonoro, stertoroso. Il malato russa in parte perchè il palato molle è ciondolante, in parte perchè la radice della lingua è spostata indietro. In tali casi basta fare assumere il decubito laterale perchè la respirazione diventi meno rumorosa. Talora negli stessi pazienti si osserva la respirazione a tipo Cheyne-Stokes, che come è noto è dovuto all'alternativa di periodi di attività e di inattività del centro bulbare. Durante la fase inattiva si può avere cessazione del respiro anche per parecchi secondi, dopo di che i movimenti respiratorî ricompaiono gradatamente facendosi sempre più forti e profondi. Quindi si fanno sempre più deboli e superficiali per scomparire di nuovo. Questo ritmo dura più o meno a lungo e nei casi letali è sostituito dal tipo di respirazione detto volgarmente « rantolo mortale », che è irregolare ed affannoso ed accompagnato da un rumore di gorgoglio tracheale.

V'è un altra forma di emorragia cerebrale meno comune nella quale i sintomi respiratori sono particolarmente caratteristici. È ben noto che nell'*emorragia subdurale cronica* o *apoplessia traumatica tardiva* la raccolta di sangue, spesso molto ampia, si fa gradatamente per giorni e settimane tra la dura madre e gli emisferi cerebrali. Con il progressivo aumento di questa raccolta ematica compaiono i fenomeni di compressione ed infine anche il coma, che ha questo di caratteristico,che può variare di intensità ed anche scomparire per che ha questo di caratteristico, che può variare di intensità ed anche scomparire per poi ripresentarsi. Ora in questa condizione la inspirazione è più profonda del normale e la espirazione più accentuata anche quando il paziente è in stato di veglia.

Nel coma terminale della *meningite cerebrale* degli *ascessi* e dei *tumori intracranici* la comparsa del respiro stertoroso o a tipo Cheyne-Stokes è di cattivo augurio e dovrebbe subito consigliare l'intervento per abbassare la pressione endocranica. Nella meningite, specialmente in quella basilare tubercolare, non è raro osservare un curioso tipo di respirazione consistente nella mancanza di sincronia tra l'azione del diaframma e quella dei muscoli intercostali.

In altre varietà di coma, ad esempio nel coma post-epilettico, nel coma tossico (oppio, alcool, uremia, diabete), nel coma della malaria e del colpo di calore, il respiro stertoroso è uno dei sintomi cardinali. Nel coma da oppio si ha una impressionante lentezza del respiro. Il coma diabetico è spesso preceduto per uno o due giorni da una fame d'aria con respirazione lenta, profonda, sospirante e con un certo senso di soffocazione.

Nelle affezioni nucleari croniche del midollo allungato, come ad esempio nella *paralisi bulbare cronica*, quando sono compromessi i nuclei o i fasci del vago si ha una dispnea continua più o meno grave con crisi parossistiche di aggravamento. Quando sono compromessi i nuclei dei nervi della lingua, delle labbra, del palato molle e della laringe la voce diventa debole e monotona. Se sono paralizzati gli abduttori laringei la glottide si restringe fino a diventare una fessura, il parlare diventa difficile, la respirazione affaticante anche nel riposo. Se sono paralizzati gli abduttori la fonazione diventa impossibile; d'altra parte la imperfetta chiusura della glot-

tide, favorisce la inalazione accidentale di particelle alimentari, donde la possibilità di processi bronco-pneumonici.

La paralisi bulbare acuta o subacuta è una condizione ancora più grave. I nuclei bulbari possono essere lesi per diffusione dal midollo nella poliomielite acuta o dal cervello medio nell'encefalite epidemica, o infine in conseguenza di una neurite ascendente acuta di natura tossica come nella paralisi di Landry. La paralisi respiratoria in quest'ultimo caso comincia con una debolezza dei muscoli addominali ed intercostali, si diffonde poi al diaframma e culmina con la paralisi dei nervi laringei e palatini.

Le lesioni progressive ascendenti del *midollo spinale* nella regione dorso-cervicale sono spesso accompagnate da disturbi respiratorî sempre più gravi a misura che sono coinvolti i muscoli della inspirazione. La paralisi dei muscoli addominali favorisce il meteorismo, che a sua volta spinge in alto il diaframma; la paralisi dei muscoli intercostali determina un'iperattività del diaframma e l'intervento dei muscoli ausiliari dell'inspirazione. La respirazione diventa così debole e difficile, la espirazione è abbreviata e seguita da una lunga pausa prima che segua il movimento inspiratorio. Finalmente quando la lesione raggiunge il centro del nervo frenico, il terzo segmento cervicale, il diaframma è anche paralizzato ed il paziente muore d'asfissia.

Tali sintomi possono verificarsi nella frattura delle vertebre cervicali, nelle ferite o emorragie intra- o perimidollari, nella poliomielite acuta, nel rammollimento trombotico, negli ascessi e nei processi meningei con compressione del midollo, più insidiosamente nei tumori, nelle affezioni degenerative primarie delle corna anteriori, come nella sclerosi laterale amiotrofica.

Nella *tabe dorsale* si hanno importanti disturbi respiratori sotto forma di crisi laringee. Anche nello stato preatassico si possono avere parossismi di tosse sopravvenienti improvvisamente di notte o di giorno, tanto gravi che il paziente diventa cianotico, ha uno spasmo laringeo acuto e può anche rimanere senza coscienza.

In tali casi anche nella fase di benessere l'esame laringoscopico dimostra una evidente atassia delle corde vocali. Le crisi di tosse e di dispnea sono ancor più gravi quando si ha paralisi bilaterale degli abduttori, tanto gravi da richiedere talvolta la tracheotomia o l'intubazione. Nella tabe si possono avere anche crisi di starnuti con rinorrea e lagrimazione. Talvolta si hanno anche crisi apnoiche. La paralisi laringea può verificarsi anche in altre malattie degenerative del sistema nervoso, come nella sclerosi a placche, nell'atassia di Friedreich.

Anche nelle *neuriti periferiche* di origine tossica (alcool, arsenico, difterite, beri-beri, ecc.) possono incontrarsi disturbi respiratorî.

La neurite difterica ha una spiccata tendenza a colpire i nervi del palato molle dando alla voce un timbro nasale e provocando disturbi della deglutizione specialmente con rigurgiti nasali.

La *paralisi diaframmatica* da neurite periferica spesso non è rilevata perchè procura scarsi disturbi: si manifesta sopra tutto con una certa accelerazione del respiro e con la mancanza della sporgenza epigastrica durante la inspirazione.

La paralisi dei muscoli intercostali da neuriti periferiche è molto rara, ma si verifica comunemente nelle lesioni midollari.

Le lesioni unilaterali del *vago* e specialmente delle sue fibre ricorrenti laringee furono non di rado constatate in tempo di guerra. La paralisi di queste fibre laringee può anche verificarsi nell'aneurisma dell'aorta ed in altri processi endotoracici.

In molte miopatie primitive il progressivo indebolimento generale della muscolatura può col tempo raggiungere i muscoli respiratori e può diminuire così la resistenza del paziente alle affezioni pulmonari, anche quando non produce gravi e letali disturbi respiratorî.

Nella *miastenia*, può verificarsi il quadro della paralisi bulbare con le conseguenti paresi laringee e deficienze respiratorie. Purtroppo i muscoli respiratori non possono avvantaggiarsi del riposo, ed il loro esaurimento può essere causa di asfissia, che è l'episodio terminale più comune della miastenia gravis.

I disturbi precedentemente accennati sono essenzialmente paralitici. Ma v'hanno anche disturbi spastici che possono essere in rapporto con affezioni del sistema nervoso cerebro-spinale e con quello vegetativo.

La tosse, lo sbadiglio, lo starnuto e il singhiozzo sono fenomeni riflessi che possono essere provocati anche negli individui sani con stimoli appropriati. Fra tutti merita una speciale menzione il *singhiozzo*. Esso è costituito da una contrazione spasmodica mioclonica del diaframma, che si verifica improvvisamente mentre la glottide è momentaneamente chiusa per modo che si ha la caratteristica inspirazione nasale. Talora il singhiozzo è così insistente e forte da indurre grave ed anche letale

esaurimento. Il singhiozzo può essere provocato da irritazioni gastriche o intestinali; si verifica quasi costantemente nelle affezioni peritoneali, ma può essere anche un sintomo di malattia del sistema nervoso. Così si può avere nell'encefalite epidemica, nella quale lo spasmo mioclonico non è limitato al diaframma ed ai costrittori della glottide, ma anche ai muscoli della parete addominale e del tronco.

Il *laringismo stridulo*, frequente sopra tutto nei bambini rachitici, consiste in uno stridore laringeo inspiratorio ed è spesso associato con la tetania e con spasmi dolorosi delle mani e dei piedi. Esso è considerato come una tetania dei muscoli laringei.

Nei *tetano* i muscoli respiratori e laringei possono essere anch'essi colpiti dallo spasmo per modo da provocare asfissia.

Nella *rabbia* si può avere spasmo dei muscoli inspiratori, come della faringe e dell'esofago, o anche una loro inerzia paralitica primitiva o secondaria alla fase spastica.

Nell'*epilessia* la crisi convulsiva è spesso preceduta o anche sostituita dal così detto « grido epilettico » prodotto da uno spasmo tonico dei muscoli espiratori. Durante la fase tonica della convulsione i muscoli respiratori rimangono fissi, ogni movimento cessa ed il soggetto diventa cianotico. Ma quando subentra la fase clonica la cianosi scompare, mentre i muscoli respiratori prendono parte al giuoco di tutti gli altri muscoli. Anche le corde vocali entrano in contrazioni cloniche.

Nell'*atetosi* e la *corea* possono essere colpiti anche i muscoli intercostali ed il diaframma, per modo che essi non si contraggono sincronamente ed il ritmo della respirazione è disturbato. Nella corea paralitica la debolezza muscolare può essere tale che la voce è appena percettibile.

Nel *gozzo esoftalmico* anche i muscoli respiratorî possono essere colpiti da tremore. Si ha così la respirazione tremula.

Nella *paralisi agitante* le corde vocali possono avere un tremore sincrono con quello degli arti. La voce diventa monotona e debole. La parola è più o meno disturbata.

Nell'*isteria* si possono verificare varî disturbi respiratorî. La tosse, la tachipnea, le varie modificazioni del suono laringeo, l'afonia di natura isterica sono ben note.

La *balbuzie* infine è un tic dei muscoli della respirazione e della fonazione e come tale appartiene alla grande famiglia dei tics.

DRAGOTTI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Un recente volume di Medicina Legale

di G. G. PERRANDO.

Il prof. Gian Giacomo Perrando, direttore dell'Istituto di Medicina Legale nella Università di Genova, con il suo recente *Manuale* scolastico, riccamente illustrato (edito dalla Casa Idelson di Napoli), ha eliminato l'inconveniente della « infida dispensa ». È un libro sobrio, ordinato, chiaro, dove alla induzione esatta segue evidente la deduzione, e sotto l'intenzione modesta di un corso, c'è tutto un sistema di nozioni, fatti e leggi coincidenti, che lo rende originale e attraente.

La *Medicina Legale*, in un lavorio speciale d'elaborazione, fonde il criterio medico con il giuridico nella loro interferenza. Disciplina autonoma, con fisonomia e funzione propria, essa richiede talora la cooperazione d'altre discipline sussidiarie in esami analitici di casi particolari; perchè non pretende all'onniscienza!! Ma non ha permesso, nemmeno con ciò, di essere « ridotta in pillole », come osservò l'arguto spirito fiorentino di Angiolo Filippi, a chi la voleva frazionare in tante particelle! Dopo l'analisi e la diagnosi clinica o anatomo-patologica essa viene alla sintesi nel rapporto medico-giuridico. Così, ad es., nello studio del processo di causazione, l'apprezzamento della lesione letifera si modifica con le condizioni preesistenti o sopravvenute, quando queste realmente concorrano allo svolgimento del misfatto, e siano ignorate dal colpevole.

Esatta tecnica, valutazione di fatti precisa, conoscenze di giurisprudenza, sono necessarie a chi vi si addentra, e vuole formarsi un abito critico e un giudizio sintentico adeguato. Discernimento occorre nel saper distinguere o dubitare; come, ad es., tra segni di vere lesioni personali, segni di processi morbosi, o cadaverici, o di modificazioni, ovvero di lesioni post-mortali. Nè pregiudizi, nè supposizioni o premature opinioni (quand'anche correnti) debbono distrarre o suggestionare Si pensi che l'errore può avere conseguenze incresciose e gravi. La Medicina qui siede arbitra, non accusa, non perora, non sanziona. Essa possibilmente, concreta la prova biologica, che graviterà comunque sulla bilancia allegorica. Dopo il turbamento del contraddittorio, chi giudica rientra poi nella visione oggettiva del fatto, riflettuto nella *perizia*, purchè nitida, documentata, esauriente, imper sonale. Il perito allora, per dirla con il Mortara, le sta da vicino come lo strumento all'opera; ed in quest'opera il giudice potrà trovare il tranquillo rifugio alla coscienza.

Lo studio al sano realismo risalta dalle dense pagine del Perrando, che armonizza le tre doti classiche del medico legista: criterio, coltura, coscienza; e vede nella funzione di esso l'ossequio incondizionato alla Verità oggettiva.

***

I nuovi problemi della legislazione del Lavoro vi sono trattati schematicamente, secondo le moderne vedute; dove la Medicina Legale si afferma come tipo di *scienza applicata* alle questioni sociali contemporanee, e si rende necessaria non solo agli studiosi della biologia, ma pur a quelli del diritto, e della politica. Il Perrando giustamente osserva che siffatti studî meriterebbero adeguato sviluppo in ordinamenti perfezionati di istituti superiori, nei quali i medici, i *veri operai della biologia* (come li chiamava il Grasset) vi potrebbero essere meglio esercitati. La nuova Scuola di perfezionamento post-universitaria, per i Periti medico-giudiziari e delle Assicurazioni sociali, fondata dal Perrando e decretata dal Ministero, dietro approvazione del Consiglio superiore della P. I.: è il primo passo verso la grande istituzione ideata, e creata dal Maestro della Scuola medico-legale genovese.

Le conoscenze della biologia normale e patologica sono connesse con i quesiti del diritto, nelle odierne provvidenze statali. Il biologo e il giurista vi cooperano in eque applicazioni. La scienza assume pur qui aspetto autonomo in funzioni sociali, con dimostrazioni concrete di fatto e d'apprezzamento, estrinsecate in accertamenti o giudizi. Il vigoroso rampollo della *Infortunistica* è stato così inserto sull'annoso tronco. Ed ecco problemi prima ignorati! che trovano la risoluzione pratica nella codificazione dei patronati industriali e agricoli, ispirati a criteri biologici e giuridici.

Il danno, cioè la lesione personale, accidentalmente sorta in occasione di lavoro, da causa violenta; questo il quesito del giorno! Non sempre facile nella valutazione della diminuita capacità lavorativa, in rapporto alla indennità dovuta. Di qui le frequenti cause medicolegali, non tutte facili, nè piane!

La critica però non deve adoperare nè lenti affumicate, nè rosee. Volgasi essa oggettivamente ai due termini: del diritto degli uni, e del dovere degli altri; non consentendo nè l'esorbitanza o la frode dell'una parte, nè la menomazione o la ricusazione infondata dell'altra.

Argomentazioni conseguenti sono: l'autolesione, la patomimia, la malattia esagerata, aggravata, protratta, pretestata simulata, dissimulata. Notisi poi che mentre in «penale» lo «sfregio», e la «deformazione» hanno forte importanza, nell'«infortunio» sono considerati in via secondaria, interessando qui sopratutto il postumo, che diminuisce la capacità lavorativa.

Le «concausali» di cui accenniamo sopra nella *lesione letifera*, assumono qui un'importanza ben diversa da quella che hanno in penale.

In materia *d'infortunio*, come osserva A. Peri nel suo libro «Periti e Perizie in cause d'infortunio» non si ha da tener conto dell'elemento concausale, «quando a produrre l'effetto pregiudicevole, o la morte, abbia realmente concorso una causa violenta in occasione di lavoro».

La Medicina legale ha oggi compiti tecnici esecutivi, applicati a questioni forensi, arbitrati, indennità, risarcimenti, assicurazioni, pensioni; nonchè in giudizii di idoneità o inidoneità al lavoro, alle armi, ecc.

Ma il Perrando fa rilevare come essa abbia pur compiti ordinativi nella «profilassi legislativa» contro la delinquenza, le malattie sociali; e nella repressione dell'alcoolismo, morfinismo, cocainismo, che tanto preoccupa la cronaca mondana.

Di tutto questo l'A. ha toccato opportunamente, e in poco, succosamente, quasi in sostanza stillata: frutto di lungo tirocinio didascalico, di larga esperienza medico-giuridica.

Genova, 14 gennaio 1922.

Prof. LUIGI CARLO MASSINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche - Milano.

Seduta del 23 dicembre 1921.

Presidenza: Prof. B. ROSSI, presidente.

Nuovo contributo alla conoscenza delle mieladenie aleucemiche.

CESA BIANCHI. — L'oratore, in base allo studio anatomo-clinico di nuovi casi di mielosi aleucemiche, dimostra:

1° come accanto alla più frequente varietà splenica si debba ammettere una varietà linfoglandolare ed una midollare dell'affezione, sebbene non in senso di lesione esclusiva, ma di lesione dominante;

2° come le mielosi aleucemiche siano meno rare di quanto non si creda potendo essere facilmente confuse quando non intervenga un accurato studio istologico, con altre forme morbose ad analoga sintomatologia clinica;

3° come infine il maggiore o minore grado di

compartecipazione dei vasi al processo morboso, secondo la dottrina di Banti, non possa ritenersi criterio sufficiente a spiegare lo stabilirsi di una forma leucemica piuttosto che aleucemica.

Stato attuale degli studi sulle applicazioni terapeutiche del «Viscum album»..

P. PICCININI. — Esposta brevemente la parte botanica e farmacologica, apportando a questa anche dei contributi personali, prospetta la necessità che siano isolati i principî attivi del *Viscum album,* tuttora non esattamente conosciuti ad onta delle molte ricerche. Sulla base degli studî farmacologici è stato però possibile fissare un campo già discretamente vasto per le applicazioni terapeutiche del *Viscum,* e altre applicazioni già si intravedono razionalmente, utilizzanti specie il suo potere ipotensivo. Al complesso globale (pantoide) dei principî attivi del *Viscum album* propone si dia il nome di *clastina,* con una forma di preparazione definita e fissa, in attesa che siano isolati i principî attivi.

Gli arsenicali organici nell'êra postsalvarsanica.

G. CASTELLI. — Rileva che, a suo avviso, l'opera scientifica di Paolo Erhlich non è stata da tutti considerata al giusto valore; certo essa non ha dato fin qui tutti i frutti che si potevano sperare; ne indica le cause nel non essere stato possibile l'affermarsi tra noi di quella collaborazione intima e concorde tra la chimica e la biologia che ha reso possibile la sintesi dei primi preparati arsenicali organici a Erhlich e alla scuola di Francoforte.

Castelli si propone di studiare l'azione dei composti che furono preconizzati come miglioramenti del salvarsan; in tabelle riassuntive espone l'efficacia comparativa sulla spirillosi e sulla tripanosomiasi sperimentale, dell'arsalit e dei derivati di salvarsan con metalli pesanti; si sofferma in particolare modo sul derivato di 606 e rame, rimettendo ad altra seduta lo studio dei derivati con altri metalli e con sostanze organiche diverse; qui si limita ad annunciare l'avvenuta sintesi chimima di nuovi composti. Dalle tabelle esposte egli deduce che tanto l'arsalit quanto i derivati di Salvarsan e rame non rappresentano un reale progresso nel campo della chemioterapia; indaga i motivi di questa loro deficenza e crede rintracciarli in un difetto della loro struttura chimica, e più precisamente dei loro gruppi aptofori, poichè mentre il 606 si avvince ai parassiti per la fissazione sovra i medesimi dei gruppi amino ed ossidrile, nell'arsalit la mancanza dell'ossidrile porta ad una fissazione più labile; il parassita che in un primo momento viene colpito si libera del veleno con maggior facilità e si ha la recidiva con frequenza assai maggiore di quanto non si verifichi dopo la somministrazione del Salvarsan. Neppure la combinazione di rame con il 606 dà un reale vantaggio; il rame agirebbe soltanto come catalizzatore forse eccitando i poteri difensivi dell'organismo.

C. VALLARDI.

Associazione Medica Triestina.

I Adunanza scientifica del 28 novembre 1921.

Presidenza prof. NICOLICH.

Il presidente inaugura l'anno accademico e comunica il risorgimento della Società Italiana di Urologia.

Il dott. ITALO LEVI parla sullo stadio attuale della *cura abortiva della sifilide,* facendo rilevare come oggi si sia diventati più prudenti nell'attuare tale cura e più scettici nel giudicarne i risultati. Ad ogni modo non si deve accontentarsi di uno o due cicli di cura, ma bisogna sottoporre gli ammalati a cure intermittenti combinate di neosalvarsan e mercurio per alcuni anni. Le indicazioni si devono restringere e per potersi esprimere sulla guarigione definitiva occorre il controllo della reazione di Wassermann anche del liquido cefalo-rachidiano.

Il dott. FREUND espone sulla scorta di molte statistiche le vedute sul valore delle cure abortive della sifilide. In generale si fa strada un certo scetticismo. L'O. presenta poi una tabella delle proprie esperienze dimostrante gli eccellenti risultati di cure abortive fatte prima della guerra. Negli ultimi due anni i risultati sono stati un po' meno buoni, forse causa una tecnica più prudente e forse anche in relazione a certi effetti della guerra sull'organismo umano. Tenendo conto delle nuove esperienze si vede costretto a restringere le indicazioni.

Il dott. MANN dice essere molto importante che gli ammalati non si illudano di essere guariti con la sola cura abortiva, ma che sappiano che la cura deve venir più volte ripetuta.

Il dott. FREUND è dello stesso parere.

Il dott. FREUND presenta poi due casi di un'affezione cutanea molto rara, descritta sotto il nome di *dermatitis papillaris capellitii* del Kaposi. Essa consiste nella formazione di granulazioni e cicatrici sulla nuca e sul cuoio capelluto. Si cura col Röntgen.

Il dott. FERRARI presenta un preparato di *metastasi carcinomatosa al fegato da carcinoma primitivo dei bronchi.* Il fegato era 3 volte il volume normale. L'O. presenta inoltre un preparato di lesione della giugulare fatto a scopo suicida con una lama Gilette.

II Adunanza scientifica del [illegible] gennaio 1922.

Presidenza prof. NICOLICH.

Il dott. SAIZ presentò tre tipi differenti di *malattie dello striato;* un caso di «état marbré», un morbo di Wilson ed un Parkinson postencefalitico, facendo inoltre anche vedere i preparati anatomici ed istologici di un caso di pseudosclerosi.

L'O. tracciò un quadro molto chiaro delle nozioni più recenti circa la fisiopatologia dello striato e dimostrò infine un tumore dell'angolo pontocerbellare sinistro da lui localizzato due anni addietro.

Dott. PORENTA.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

La pneumonite da pneumobacilli.

I segni generali che caratterizzano questa forma sono l'inizio brusco, con dolore puntorio, ma senza brivido, senza herpes, con temperatura, che oltrepassa raramente 39°.5, ad oscillazioni regolari: l'espettorato è vischioso talvolta fetido, non ruggioso, ma rosso-mattone, spesso con emorragie. I segni fisici sono talora meno netti che nella pneumonite franca, si avverte però un focolaio di condensazione polmonare circondato da rantoli crepitanti:

Lo stato generale è cattivo: l'ammalato dispnoico e cianotico prende il colorito terreo degli intossicati.

Se ne osservano tre tipi: 1° *forma curabile;* è la più rara e finisce dal quinto al ventesimo giorno con una crisi poco franca ed una lunga convalescenza; 2° *forma mortale precoce*, la più frequente, che uccide dal terzo al quinto giorno: è una vera forma adinamica con notevole frequenza del polso, ipotensione arteriosa, oliguria ed albuminuria; localmente si hanno soffi assai deboli, dominano invece i rantoli crepitanti e sottocrepitanti; i focolai tendono ad estendersi anche bilateralmente, senza la tendenza simmetrica delle forme da pneumococco; 3° *forma mortale tardiva* è rara, dura 6-8 settimane ed assume l'andamento di un ascesso polmonare, con complicazioni (meningite, endocardite, setticopiemia).

La *diagnosi* si fa con l'esame dell'espettorato: il pneumobacillo si presenta sotto forma di coccobacillo tendente alla forma lunga, che non resiste al Gram, ciò che lo differenzia dal pneumococco.

Si coltiva facilmente, anche in anaerobiosi, dando colture succulente e deposito mucoso nel brodo; coltivato, il pneumobacillo, assume forma più lunga, pure rimanendo tozzo.

Il *trattamento*, secondo N. Fiessinger (*Journ. des praticiens* 1921, 12 nov.) è quello degli stati setticemici: idroterapia, ascessi di fissazione, emoclasia con i fermenti metallici, con iniezioni di peptone, ecc. Impacchi umidi, terapia stimolante e cardiotomia.

Non sono state tentate ancora nè la vaccinazione nè la sieroterapia.

fil.

Cura della bronchite influenzale.

Nel catarro naso-faringo-laringeo iniziale, A. Martinet consiglia di fare gargarismi ed inalazioni, usando un cucchiaino della seguente mistura, diluito in mezzo bicchiere d'acqua calda: Mentol: salol, ana g. 4, alcool a 90° g. 100, essenza di badiana gocce trenta. In seguito soffiarsi il naso ed ungere l'apertura delle narici con vasellina borica o mentolata o resorcinata.

Al secondo, terzo giorno, quando si è già verificata la bronchite, ed il torace è pieno di ronchi, specialmente alla base, si daranno gli espettoranti-stimolanti: Acetato di ammoniaca, benzoato di sodio ana g. 4; cognac vecchio g. 20; sciroppo di codeina, di trementina, del tolù, ana g. 60; un cucchiaio ogni 3-4 ore, rispettando il sonno. Sarà opportuno applicare presto la revulsione, per mezzo di coppette, stimolare i riflessi polmonari mediante senapismi o cataplasmi senapizzati.

Caratteristica della bronchite grippale è però la tendenza all'astenia bronchiale, la broncoplegia; il sintomo dominante è allora la respirazione difficile, la dispnea progressiva, senza che all'inizio l'ascoltazione riveli segni apprezzabili di bronchite; poi la secrezione si stabilisce, ed in conseguenza dell'inerzia bronchiale, la tosse è impotente ad espellere le secrezioni, che si accumulano nei bronchi; l'ematosi si fa più difficile, l'asfissia progredisce. Vi sono anche congestioni vaso-paralitiche a lunga durata. Si deve quindi sempre pensare alla broncoplegia: 1) quando la dispnea, in assenza di lesioni cardiache è sproporzionata ai fenomeni stetoscopici; 2) quando l'accumulo nei bronchi aumenta progressivamente; 3) quando la bronchite, ribelle al trattamento, minaccia di diventare cronica.

In tali casi, il ricorrere ai calmanti sarebbe pericoloso: si deve invece pensare a stimolare il sistema nervoso, ciò che si ottiene con impacchi umidi (panni con acqua a 18°-22° coperti con lana e rinnovati 2 volte in 20 minuti, ripetere l'applicazione 2-3 volte nelle 24 ore) eventualmente senapizzati e con la somministrazione di ergotina e di stricnina. Si possono dare pillole con: solfato di stricnina mg. uno, ergotina cg. 5, solfato di chinina cg. 10: due-quattro fino a sei (!) nelle 24 ore in acqua calda con qualche poco di alcool; oppure aggiungere il solfato di stricnina (mg. cinque-dieci) nella pozione più sopra riportata all'acetato d'ammoniaca e benzoato di sodio.

fil.

Cause abituali e cura dell'asma da fieno.

I. Ch. Walker (*Archives of internal Medic. Chicago*, n. 1, 1921) cerca di stabilire le regole che devono guidare nella terapia dell'asma da fieno.

L'A. con esperienze numerose (cutireazioni, vaccinazioni analoghe) eseguite con pollini diversi, ha stabilito che nell'Est degli Stati Uniti, l'asma da fieno, tardiva, è dovuta al polline della *composita* Ambrosia artemisifolia, l'asma precoce per lo più al polline di una *graminacea;* un'altra graminacea interviene spesso nella genesi dell'asma precoce, però è anche in questa utile la vaccinazione con il polline della prima. Talora l'asma è determinata dal polline della rosa e di alcuni alberi.

La cura, per essere efficace, deve essere iniziata prima della stagione dell'asma, e deve comprendere un numero sufficiente di iniezioni fatte con dosi crescenti. Dopo aver trovato con la cutireazione la varietà del polline verso il quale il soggetto è sensibile, si determina il limite estraneo della sua sensibilità con diluizioni di polline sempre più forti e si comincia il trattamento con l'iniezione di cc. 0.1 a 0.2 della diluizione di estratto di polline di titolo immediatamente superiore a quello che dia ancora una reazione cutanea (generalmente la diluizione 1:10000). Si pratica una iniezione sottocutanea alla settimana aumentando progressivamente il titolo dell'estratto; si fa così una serie di iniezioni (14) per arrivare al titolo 1:100.

In generale, più intenso e più prolungato è il trattamento, migliori sono i risultati clinici e la diminuzione delle reazioni cutanee.

Quando il trattamento preventivo è fallito, buoni risultati può darci la continuazione della vaccinazione pollinica o l'iniezione di autovaccini batterici derivati dalle secrezioni nasali.

La vaccinazione con i pollini, iniziata durante la stagione dell'asma, senza preventivo trattamento, dà risultati meno soddisfacenti, specie per quel che riguarda l'asma autunnale; bisogna allora iniettare dosi molto deboli di vaccino.

L'A. condanna esplicitamente l'impiego di vaccini misti che o restringono la quantità di polline richiesta per ottenere un risultato soddisfacente, o rischiano, per quantità di polline troppo grandi, di produrre accidenti anafilattici.

L'asmatico dovrà inoltre astenersi dal mangiare frutta e di respirare ogni odore irritante.

MONTELEONE.

Sulla terapia del singhiozzo epidemico.

H. Beh ebbe ottimi risultati dalla somministrazione ripetuta ogni 2 ore di un cucchiaino di soluzione al 4 ‰ di cocaina (*Münchn. Med. Wochenschr.*, n. 52, 1921). Tale rimedio sarebbe preferibile al luminal.

POL.

SEMEIOTICA.

Cause d'errore nella dimostrazione di emorragie occulte.

La valutazione delle reazioni chimiche che servono alla dimostrazione di sangue occulto è difficile specialmente per il fatto, che delle sostanze e circostanze più o meno sconosciute vengono ad influenzare in senso positivo o negativo il processo catalitico, base della reazione. Perciò la reazione risulta diversa in individui a dieta priva di carne ai quali si somministra per bocca una determinata quantità di sangue; esperienze di St. Rusznyák e S. Vándorfy, *Cause d'errore nella dimostrazione di emorragie occulte.* (Berl. Klin. Wochenschr., n. 50, 1921), hanno dimostrato, che in individui a dieta priva di carne le quantità minime di sangue che somministrato per bocca rendono positiva la reazione delle feci, sono estremamente variabili (2-15 cmc. di sangue fresco defibrinato). Alcuni autori attribuiscono queste differenze ai processi individuali di assorbimento e di decomposizione nell'intestino, altri alla vivacità della peristalsi. Da molti si ammette che nelle feci di certe persone siano contenute delle sostanze riducenti, che inibiscono i processi di ossidazione nonostante la presenza di sangue; Messerchmidt, eseguendo la prova di Weber con le feci di vecchi affetti da stipsi cronica e arteriosclerosi, dopo averci mescolato del sangue fresco, non ebbe la reazione del sangue in 6 casi su 43. Anche la presenza di acido cloridrico inibisce le reazioni per il sangue.

In altri casi può avvenire nell'intestino una tale decomposizione del sangue, da rendere negative le reazioni caratteristiche anche in feci picee.

Ricerche degli AA. hanno dimostrato che alcune sostanze medicamentose che si sogliono somministrare nelle malattie gastro-intestinali possono attenuare od abolire la reazione del sangue (somministrato per bocca) nelle feci. Tale azione avrebbero i sali di bismuto, il carbone animale, bolus alba, ecc., in seguito ad un processo di adsorbimento.

Esperienze in vitro hanno dimostrato che il limite di sensibilità per la reazione alla resi-

na di guaiaco, normalmente alla diluizione del sangue 1:14000, scende alla diluizione 1:120 quando si aggiunga al sangue diluito del carbone animale, alla diluizione 1:2000 se si aggiungono dei sali di bismuto.

Tali considerazioni hanno importanza per la cura dell'ulcera gastrica, nella quale queste sostanze medicamentose vengono adoperate. Qualche volta le emorragie occulte sono molto scarse: se in questi casi come spesso si usa fare nella cura dell'ulcera, si adoperano dei sali di bismuto, facilmente verrà abolita la reazione del sangue nelle feci e si commetterà il grave errore di giudicare cessate le emorragie occulte.

Si può dunque giudicare l'azione esercitata da una cura dell'ulcera sulle emorragie, soltanto se all'ammalato non viene somministrata alcuna delle dette sostanze adsorbenti.

POLLITZER.

MEDICINA SOCIALE

Sifilide, Wassermann negativa e matrimonio.

Noiré (*La Presse Médicale*, n. 12, 1921) pubblica cinque osservazioni dimostranti che non si possono considerare guariti — dal punto di vista della discendenza — i sifilitici la cui Wassermann resta negativa durante due anni.

Nel primo caso si trattava di un tale il quale aveva contratto la lues nel 1912; cura intensiva con 606 e bijoduro: nessun accidente secondario o terziario.

La madre, sana, partorisce a termine un bambino, il quale otto giorni dopo ha disturbi nutritivi gravi, comincia a dimagrire. La Wassermann è negativa nel padre e nella madre, le frizioni mercuriali sono però sufficienti a far guarire il figlio. In seguito comparvero, su questo, eruzioni urticariformi e penfigoidi; sono sempre sufficienti le frizioni mercuriali per farle scomparire.

Nel secondo caso la Wassermann come nella madre era negativa nel padre, antico sifilitico da 4 anni allorchè il P. contrasse matrimonio. Tre aborti consecutivi; alla quarta gravidanza cura antisifilitica irregolare della madre: parto normale, ma il bambino porta con sè evidenti stigmate sifilitiche.

L'A. prosegue esponendo altre tre osservazioni simili facendo notare come esse non costituiscano dei fatti isolati scelti pel bisogno di sostenere un asserto.

Poichè la *Société de Dermatologie*, trattando del matrimonio dei sifilitici, è del parere che si possa concedere l'autorizzazione al matrimonio per coloro ai quali si riveli una siero-reazione negativa per due anni, è chiaro che le cinque osservazioni precedenti si oppongono a questo modo di vedere e parlano in favore di coloro i quali non tenendo conto dell'anzianità di una reazione negativa sono del parere di autorizzare il matrimonio alla condizione di far seguire un'attiva cura alla donna in caso di gravidanza, e ben facendo presente al padre gli accidenti cui la prole potrebbe andare incontro: resta inteso che per tale cura la preferenza bisogna darla al salvarsan od al neo-salvarsan onde agire con celerità.

MONTELEONE.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La resistenza globulare nelle infezioni sperimentali.

(Dott. PAOLA ZAPPA. *Pathologica*, 1° dic. 1921).

Le ipotesi fisico-chimiche della osmosi e delle variazioni di attività lipoidea non sono del tutto sufficienti a renderci chiaro il meccatntto snfficienti a renderci chiaro il meccanismo della *Resistenza Globulare degli Eritrociti*.

Molte ricerche sono state fatte sulle variazioni della *Resistenza Globulare* provocate da *veleni emolitici* (cloroformio, etere, saponina, veleno del cobra, ecc.). I tossici emolitici in generale provocano un aumento della *Resistenza Globulare* che può giungere fino alla resistenza all'acqua distillata, come pel veleno del cobra. Pare che quest'aumento sia in rapporto coll'ispessimento della membrana cellulare.

I reperti riguardanti le variazioni di *Resistenza Globulare* nelle malattie infettive dovute a germi emolitici sono oscuri, giacchè spesso gli A. affermano che si tratta di germi emolitici senza averlo prima dimostrato.

Teissier e Bénard riscontrarono immutata la R. G. nella *scarlattina*; Butler in alcune *infezioni streptococciche* trovò poche modificazioni; Netter nella *malaria* dimostrò aumento della *Resistenza Globulare* durante gli accessi febbrili; Biffis in molte *malattie acute da infezione* (reumatismo articolare acuto, polmonite, ileotifo, pleurite, ecc.) mise in evidenza l'aumento delle R. G. all'inizio, e spesso, in seguito, diminuzione.

L'A. si propone di ricercare quali modificazioni della R. G. si abbiano dopo la introduzione in vivo di germi ad azione fortemente emolitica in vitro. Come animale da esperimento fu scelto il coniglio. I germi emolitici usati furono: *tre varietà di streptococchi, uno stafilococco, un diplococco lanceolato*, tutti fortemente emolitici, come risultava dalle cultu-

re in pistra su agar, addizionato a sangue umano.

Furono fatte dieci diluizioni di liquido di Ringer in acqua distillata dal 30 al 75 %. Al momento dell'uso veniva prelevato un cmc. delle varie diluizioni e messo in dieci provette, e in ogni provetta veniva lasciata cadere una goccia di sangue del coniglio in esame. I resultati venivano letti dopo sei ore e segnato l'inizio dell'emolisi (*resistenza globulare minima*) e il primo valore dell'emolisi totale (*resistenza globulare massima*). Prima di ogni esperienza venivano determinate per ogni coniglio la R. G. massima e la R. G. minima.

L'A. ha trovato che introducendo nell'organismo *germi vivi ad azione emolitica in vitro* si ha, come per l'introduzione di veleni emolitici, un *netto aumento della Resistenza Globulare*, che talora è preceduto da lieve diminuzione, la quale può durare anche sei, sette giorni.

I repetuti trattamenti con germi emolitici fanno rilevare che la seconda e la terza iniezione sono seguite da aumenti più notevoli e più durevoli delle R. G., salvo nei casi in cui la resistenza dell'animale è venuta meno, e allora le R. C. sono, nel periodo che precede la morte, diminuite.

Esperimenti con inoculazioni di *germi ad azione emotossica, ma non emolitica* (b. di Shiga), non mettono in evidenza alcun aumento di *Resistenza Globulare*.

ANSALDI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1188) *La cura del crampo degli scrivani.* — All'abb. n. 4502:

La terapia del crampo degli scrivani non può pur troppo vantare serî successi.

I farmaci, come le cure fisiche, spesso, se non sempre, lasciano il tempo che trovano. Altrettanto inefficaci si dimostrano i bendaggi e altri apparecchi costrittivi della muscolatura del braccio e dell'avambraccio.

Un effettivo per quanto non durevole vantaggio è dato dal riposo, che si suole prescrivere per tre mesi. Durante questo periodo il paziente potrebbe imparare a scrivere con l'altra mano.

In ogni caso ad evitare i movimenti delle dita è opportuno che il paziente usi un'asta di penna, nella quale l'impugnatura sia sostituita da un uovo di sughero. In tal modo la scrittura si fa prevalentemente con i muscoli della spalla.

Quando malgrado il riposo e gli espedienti del genere il crampo non si attenua o progredisce, conviene consigliare la scrittura a macchina.

G. DRAGOTTI.

(1189) *Sulle iniezioni di neosalvarsan* (1914). — All'abb. n. 9577:

Abbiamo già indicato più volte in questa rubrica il volume del Lacapère: *Le traitement de la syphilis avec les composés arsenicaux*. Masson éditeur. Parigi.

Quando la soluzione neosalvarsanica fuoriesce in tutto o in parte dalla vena e penetra nei tessuti perivenosi si hanno fenomeni d'infiammazione, accompagnati sempre da vivo dolore, talora insopportabile, che dal semplice gonfiore, con arrossimento della parte più o meno passeggero, possono arrivare talvolta fino alla necrosi dei tessuti.

La cura consiste nel riposo, negli impacchi caldo-umidi, ecc. Se si verificano fatti necrotici, se ne può accelerare la guarigione asportando il tessuto caduto in necrosi.

V. MONTESANO.

(1190) All'abb. n. 5662:

Sulla cura della lebbra con acidi grassi si consulti il lavoro di Rogers: « L'olio di chaulmoagra nella lepra e nella tubercolosi. L'efficacia della cura della lepra con iniezioni di preparati solubili di acidi grassi di chaulmoagra e di altri olii, ecc. ». (*The Lancet*, 1921, n. 23). Di questo lavoro esiste una recensione nel *Giornale Italiano della Malattie veneree e della pelle*, 1921, fasc. VI, pag. 774-775.

V. MONTESANO.

VARIA

Il solletico.

Insabato (*Rivista di Patologia nervosa e mentale*, novembre 1921) fa una minuta disamina del fenomeno del solletico.

È ancora in discussione se il solletico sia il prodotto di una sensibilità specifica o debba ricollegarsi alla sensibilità tattile, dolorifica, pruriginosa, ecc.

Goldscheider assegna alla sensibilità tattile la massima compartecipazione e giudica che siano le parti meno esposte (piante dei piedi, ascelle, ecc.) quelle più soggette al solletico. Feré l'attribuisce alla ricchezza d'innervazione delle zone eccitate.

Buch distinse nettamente le due forme di solletico, il superficiale ed il profondo.

Il solletico superficiale o cutaneo che si ot-

tiene con lo sfioramento leggero di brevi tratti di cute ha un carattere pruriginoso e può essere provocato dallo stesso individuo; certe forme di prurito sarebbero identiche al solletico cutaneo; il solletico delle mucose è analogo a quello cutaneo, ma alcuni solletici mucosi sarebbero specifici; il solletico cutaneo permane oltre la cessazione dello stimolo attenuandosi gradatamente e la sensazione residua può venire cancellata dal grattamento o strofinamento della parte.

Il solletico profondo, che si ottiene con toccamenti energici ed irregolari di determinate parti del corpo (ascella, fianchi, collo, ecc.), non è provocabile su sè stesso, coinvolge la sensibilità profonda, cessa col cessare dello stimolo, ed è invariabilmente unito a reazioni motrici che hanno le caratteristiche degli atti riflessi.

È al solletico profondo o muscolare, come lo chiama il Buch, spetterebbe più propriamente il nome di solletico vero, perchè ad esso soltanto corrispondono tutte le caratteristiche più note del fenomeno, come viene inteso nell'uso del linguaggio comune, mentre a quello superficiale alcune non convengono affatto; ed infatti la impossibilità di autoprovocare e la irrefrenabilità delle reazioni muscolari e mimiche (riso, ecc.) sono caratteri che generalmente si ritengono inerenti al contatto di solletico.

Il solletico profondo dell'addome ed il riflesso di Rosembach sono due fenomeni molto prossimi per origine e comportamento, ma possono presentarsi anche dissociati.

Il solletico plantare è profondo sebbene sia moderatamente autoprovocabile.

La eteroprovocabilità del solletico profondo subisce attenuazioni (solletico plantare autoprovocabile, riflesso addominale autoeteroprovocabile) solo in regioni ed in circostanze nelle quali, per inusitatezza dello stimolo (pianta dei piedi) o per l'intervento diretto di altra persona, permane il senso di estraneità della eccitazione.

Il solletico profondo ha prevalentemente per punto di partenza del riflesso le terminazioni sensitive delle grandi aponeurosi, dei tendini, del periostio.

Le reazioni motorie, simpatiche (viscerali ed emotive) che integrano il riflesso del solletico, indicano che il solletico profondo non è una forma di sensibilità, ma uno stato emotivo ottenuto per via riflessa con adeguati stimoli periferici.

Gran parte dei fenomeni motori del solletico (irrigidimento dei muscoli prossimi alla regione stimolata, opistotono, ecc.) sono probabilmente condizionati dal simpatico stesso per mezzo del sistema motore extrapiramidale.

La esistenza di casi di solletico doloroso sia in stati psicologici sia in soggetti encefalitici con lesioni del corpo striato, attesta la importanza dei gangli della base del cervello nella produzione di questo fenomeno e ne conferma l'origine simpatica.

Esistono casi di mancanza unilaterale del solletico in ammalati organici del sistema nervoso centrale nei quali per altra via si può presumere la lesione del corpo striato: l'unilateralità della lesione produttrice di tale sintomo fa credere che il centro del solletico possa essere nel neostriatum (caudato e putamen). L'emisolletico ha lo stesso significato dell'emimimia.

Nel solletico oltre i movimenti di difesa si ha costantemente il riso e se lo stimolo è prolungato ed intenso, o in casi patologici, si ha il pianto.

Il riso si prolunga per tutto il tempo della stimolazione, è irrefrenabile, saccadé, spastico, spesso accompagnato da lacrime: al principio vi si associa un tono emozionale gaio, ma ben presto diventa sgradevole, tormentoso e spesso dà luogo a spasmi del diaframma (singhiozzo). Se il solletico si prolunga, il riso non è più che un atteggiamento spastico dei muscoli mimici: le lacrime ed il singhiozzo concorrono a mutare il quadro e si entra senz'altro nella espressione emotiva del pianto.

Se il pianto è primitivo anch'esso ha più il carattere spastico di una sformia che non quello di un'espressione di sentimento.

Così tra le manifestazioni emotive dei bambini e quelle del solletico corre una stretta parentela: più stretta parentela corre ancora tra il pianto ed il riso del solletico e tra il pianto ed il riso spastico nelle malattie del cervello e nella neurosi isterica.

Il solletico agisce in senso isterogeno e la zona ovarica non è altro che una zona addominale del solletico profondo. La crisi convulsiva isterica provocata e forse anche quella spontanea possono raffigurarsi come un ingrandimento patologico dello stato emotivo del solletico.

Il significato filogenetico del solletico non è teleologico: esso è la espressione fondamentale indifferenzata di un riflesso, cui secondariamente si sono sovrapposte colorazioni utilitarie (difesa, erotismo, giuoco, lotta).

dr.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

La riforma dell'assistenza infermiera

Il progetto di legge sulle scuole per infermiere professionali.

È stato presentato al Senato, nella seduta del 26 dicembre scorso, un disegno di legge sulle scuole-convitto per infermiere professionali; esso è preceduto da una elaborata relazione, che riassumiamo nei suoi punti principali. Si riconosce in essa che una delle più gravi lacune, rilevate da quanti si occupano di assistenza ospitaliera, è quella relativa al personale di assistenza immediata agli infermi. La confusione delle vere funzioni di infermiere con le più umili mansioni materiali toglie a tale professione il vero carattere di cosciente aiuto, di oculata esecuzione dell'opera del medico, venendo così a mancare a questo il soccorso tecnico, all'ammalato la cosciente ed amorosa vigilanza. La deficienza tecnica delle prestazioni date dall'attuale personale è sentita anche nei grandi ospedali, anche perchè le condizioni per il reclutamento non sono tali da attirare gli elementi che potrebbero offrire i migliori requisiti. Le suore di carità e le appartenenti ad altri ordini religiosi rendono spesso grandi benefici agli infermi, ma l'assistenza da esse prestata presenta notevoli deficienze, sia per il modo di reclutamento, sia per la mancanza di un'adeguata istruzione professionale. L'assistenza immediata difetta poi completamente nelle campagne ed in molte città, specialmente dell'Italia meridionale, ed anche dove esiste è assai scarsa e tecnicamente, quando non anche moralmente, deficiente. Importanti servizi può rendere, ed ha reso di fatto durante la guerra, l'assistenza volontaria, la quale però, per un complesso di varie circostanze, va tenuta distinta da quella professionale, da cui solo si può pretendere la completa preparazione, elemento essenziale dei più efficaci risultati.

I tentativi di riforma ospitaliera, fatti in passato, non risolvevano completamente il problema: perchè tale riforma riesca giovevole, essa deve mirare ad un sostanziale rinnovamento, sia pure da conseguirsi in un lungo periodo di tempo, deve essere diretta a mutare, con lo spirito, l'efficienza morale e tecnica dell'istituzione quale è oggi ed a prepararne una profonda trasformazione.

Le riforma parziali, non connesse con un programma organico generale, sono destinate a rimanere infruttuose, come si è verificato in Francia, che si trovava in condizioni simili alle nostre, e che, nonostante notevoli sacrifici finanziarî, è ben lungi dall'aver risolto il problema.

La relazione esamina quindi la riforma inglese dell'assistenza agli infermi, che conta al suo attivo più che mezzo secolo di incontestato successo e l'adozione in altri paesi, come gli Stati Uniti. Tale riforma, dovuta a miss Florence Nightingale, si fondò sui seguenti punti essenziali: l'assistenza deve essere affidata a personale femminile tratto da classi di civile condizione e composto di nubili o vedove senza prole, addestrato in scuole-convitto; queste debbono conformarsi agli ordinamenti degli istituti religiosi, sorgere in ambienti dove non manchi il conforto della vita ed essere annesse a grandi ospedali, assumendo l'assistenza negli ospedali stessi, sotto la direzione della *matron*, infermiera essa stessa, giunta al sommo della carriera. Le *nurses* diplomate trovano poi anche impiego negli ospedali civili, militari, nelle Colonie, nei manicomi, nelle prigioni, nell'assistenza a domicilio dei poveri e degli agiati. Nessuna ingerenza vi ha avuta finora lo Stato; a maggiore garanzia dell'educazione profesionale e per evitare indebite concorrenze per l'assistenza ai privati, si richiede però ora vivamente che lo Stato intervenga nel rilasciare un diploma.

A tali canoni fondamentali deve inspirarsi la nostra riforma, la quale però va adattata alle nostre particolari condizioni e necessità. Si deve anzitutto scartare l'idea di rendere coattiva l'adozione immediata di un tipo unico di assistenza; questa invece va gradatamente trasformata, in modo da avviarla verso una forma tecnica superiore. Occorre quindi pensare dapprima alla istituzione di scuole capaci di formare infermiere di vero valore professionale; tali scuole non debbono essere governative allo scopo che ne sia garantita una maggiore sveltezza di movimento ed in considerazione dell'eventuale concorso morale e finanziario di privati. Su di esse però lo Stato deve avere ingerenza, sia nell'autorizzazione all'apertura, sia nel rilascio dei diplomi.

Le scuole-convitto vanno annesse ad un grande ospedale, e sotto la responsabilità di una direttrice infermiera di alto valore professionale; esse debbono provvedere all'assistenza immediata di almeno parte delle corsie; il tirocinio deve essere stabilito nella durata di un triennio. Lo Stato entra anche con un'azione sovventiva, sia per la spesa d'impianto che per quella di funzionamento, con i fondi stanziati con la legge 21 aprile 1921, n. 596, e con quelli che riguardano in genere la concessione di concorsi e sussidî nell'interesse dei servizi igienici e sanitarî.

Con apposito regolamento verranno stabilite le modalità per il reclutamento, i programmi, la nomina delle Commissioni esaminatrici, il modo in cui deve esercitarsi la vigilanza da parte dello Stato e particolarmente le condizioni e formalità con cui, in via transitoria, le attuali infermiere laiche o religiose possano essere ammesse al secondo od eccezionalmente al terzo anno di tirocinio.

Il disegno di legge, pure essendo contenuto nel ristretto ambito determinato dalle presenti condizioni e dalla possibilità di una pratica attuazione, è informato ad un piano di organica rinnovazione, che si verrà preparando. Notevoli bene-

fici si avranno sia direttamente per l'opera delle infermiere, sia per l'influenza benefica che esse eserciteranno sul personale attuale: qualche economia nelle spese dei servizi potrà altresì essere realizzata, sia nelle spese dei materiali di consumo, sia abbreviando la durata della degenza. Le infermiere diplomate potranno inoltre trovare utile impiego negli ospedali militari, nelle case di salute, nell'assistenza ai privati, in scuole, stabilimenti industriali, ecc., potranno anche essere addestrate per i servizî richiedenti uno speciale tecnicismo, come nei manicomî, nell'azione antitubercolare, ed in genere nel campo dell'igiene sociale, con sicuro, notevole ed efficace risultato.

r. s.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9238) *Esercizio professionale all'estero.* — Dottor C. V. da R. — Per esercitare la professione sanitaria negli Stati Uniti occorre la laurea conseguita in una delle Università di quella Nazione. Non è ammessa qualsiasi dilazione. Le materie sono presso a poco identiche a quelle che si studiano nelle Università italiane. La durata dei corsi bisogna richiederla alle competenti autorità scolastiche od a qualche Consolato americano, come pure se, oltre l'inglese, si possa far uso della lingua italiana.

(9239) *Indennità caro-viveri.* — Dott. abb. 1416. — Al primo medico compete un solo supplemento caro-viveri se la figlia maggiorenne sia convivente, a carico ed inabile al lavoro. Al secondo medico spetta una sola quota suppletiva per la moglie, non essendo nulla dovuto per la figlia della figliastra. La quota annuale di contributo per il mantenimento del collega di Perugia è di lire 24 annue, secondo la legge del 4 ottobre 1920, n. 1476. Non sapremmo dirle perchè da Lei sieno state esatte lire 28 in più, locchè si è verificato in più di un posto.

(9240) *Tassa di R. M.* — Dott. L. B. da S. F. — L'imposta di R. M. è dell'8.65 % sugli stipendî superiori alle L. 2000. A tale somma devesi aggiungere l'aggio all'esattore, che varia da Comune a Comune e cent. 50 per cento a favore dei mutilati.

(9241) *Tassa di R. M.* — Dott. S. P. da M. — L'imposta di R. M. è dell'8.65 %, oltre l'aggio all'esattore. Bisogna in ultimo togliere cent. 50 % a favore dei mutilati.

(9242) *Infortunî sul lavoro.* — Dott. abbonato 1690. — La nuova tariffa per le prestazioni urgenti in caso di infortuni è già andata in vigore.

(9243) *Concorso per la nomina del medico condotto.* — Dott. E. P. da V. — Se il primo nominato rinunzia al posto, il conconrso non può ritenersi esaurito e si può procedere alla nomina, preferendo un altro fra i diversi graduati. Qualora, invece, venga dichiarato esaurito il concorso e ne venga bandito uno nuovo si può impugnare la relativa deliberazione in via gerarchica presso il Prefetto della Provincia.

(9244) *Contributo per gli orfani di Perugia.* — Dott. A. F. da S. — Non consta che sia stata modificata la legge del 4 ottobre 1920, n. 1476, a riguardo del contributo per il mantenimento degli orfani di Perugia.

(9245) *Pensioni - Contributi pagati dal Comune.* — Dott. P. C. da I. — Il contributo pagato dal Comune per il posto, che ora è vacante, non puo essere devoluto a favore di lei, giacchè si riversa sulla massa di tutti gli associati.

(9246) *Redazione dei moduli* B *e* B-bis. — Dottor A. G. da N. — La redazione dei moduli *B* e *B-bis* è fatta dalla famiglia senza alcun accenno alla causa che determinò la morte. Se in luogo della famiglia detti moduli sono compilati dal medico, deve naturalmente essere pagato.

(9248) *Ineleggibilità - Preferenza.* — Dott. P. C. da P. — Il medico delle ferrovie può prendere parte al concorso, ma deve dimettersi non appena nominato, giacchè il bando di concorso vieta di esercitare altri uffici fuori Comune. Sono titoli di preferenza nei concorsi a pubblici impieghi l'essere invalido di guerra e decorato con medaglia di argento. La medaglia di bronzo non costituisce titolo di preferenza.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

ANCONA. — *Ospedale Civile «Umberto I».* — Cercasi assistente per due mesi e mezzo a datare dal 1° febbraio corrente. Stipendio mensile al netto, comprese le indennità provvisorie di c.-v., lire 315.65, oltre l'alloggio, il servizio e il vitto tutti i giorni nell'Ospedale. Si preferisce giovane appena laureato. Rivolgersi alla Direz. Sanitaria.

BERGAMO. — Cond. Malpensata-Campagnola; lire 5500 pel biennio prova, poi L. 6000 con 7 trenni decimo, L. 2 oltre i 1500 pov., trasp. L. 440, ambulat. L. 300, assicuraz. L. 20, doppio caro-viveri. Scad. 28 febbraio.

CALIZZANO (*Genova*). — Scad. 20 feb.; 2ª cond. per c. 80 pov.; L. 4000 e 3 quinq. dec., L. 1500 trasp., doppio c.-v.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Tre medici chirurgi assistenti, dei quali uno per l'Ospedale Infantile Anna Meyer. Età limite 34. Biennio, conferma biennale. L. 5000 e due caro-viv. Scad. ore 18 del 28 febbraio. Chiedere annunzio.

FORTE DEI MARMI (*Lucca*). — A tutto il 15 feb.; L. 6000, due c.-v., L. 1500 per cav.; età limite 35. Accettaz. entro 5 giorni. Chiedere annunzio.

MARSCIANO (*Perugia*). — A tutto il 25 feb., per Papiano; L. 7000, metà tariffa per i semi-abbienti, L. 3000 cav., tre quinquenni del decimo; assicur. Servizio entro 20 giorni.

ORVIETO (*Perugia*). — Condotte delle frazioni Morrano, Canale e Torre S. Severo. Proroga a tutto 15 febbraio.

PERUGIA. — Proroga a tutto 28 febb.; due cond. rurali; età limite 44; L. 6000, doppio c.-v. e indennità supplement.; indenn. cav. da determinarsi annualmente; L. 300 arm. farm.; L. 200 assicur.

SANTAFIORA (*Grosseto*). — Scadenza 10 marzo. 2ª cond. residenziale; L. 9000, due c.-v., L. 2000 cav.,

L. 2000 disag. resid. e L. 3 ogni povero in più di mille, quattro sessenni del decimo.

SELCI SABINO (*Perugia*). — A tutto 31 marzo; residenziale; L. 6000 e 3 quinq. decimo, c.-v., lire 1200 disag. resid., non obbl. cav. Accettaz. entro 8 g.; assunz. serv. entro 18 g. successivi.

TARANTO (*Lecce*). — A tutto 15 marzo; per la borgata di Talsano; L. 5000 oltre L. 1500 vettura e 4 quinq. decimo; due c.-v. Età limite 49.

TROFARELLO (*Torino*). — Scad. 20 febb.; L. 4000, oltre L. 500 uff. san., L. 500 alloggio.

Laureato 4 o 5 anni. Cercasi medico interino, probabile stabilità, per Consorzio Carpegna-Pietrarubbia-Frontino. Stipendio L. 1500 mensili nette.

Medico giovane, perfezionamento in chirurgia, dermosifilopatica, oto-rino-laringoiatria, pratico condotta, casa di salute, cerca interinato preferibilmente Italia settentrionale o centrale. Scrivere: dott. Calarese Luigi - Pietra Montecorvino (Foggia).

Dalla Federazione Laziale-Umbra dei Medici condotti è istituito un Ufficio di collocamento per le condotte della provincia di Roma. Dirigere la corrispondenza al segretario dott. B. Alberti, presso il nostro giornale (via Sistina, 14 - Roma-VI)

Diffide.

Revoca di diffide: Bannio-Calasca-Anzino (Novara).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Si è testè chiuso il Concorso per medico primario negli Ospedali di Roma.

La Commissione giudicatrice era composta dei proff. A. Bignami, G. Bastianelli, A. Nazari, G. Galli, V. Ascoli.

I sei posti messi a concorso sono stati assegnati così, in ordine di merito: 1° Tommaso Pontano; 2° Paolo Alessandrini; 3° Luigi Ficacci; 4 Giovanni Pilotti; 5° Giovanni Antonelli; 6° Carlo Verdozzi.

Ai vincitori delle difficili prove, parecchi dei quali sono nostri collaboratori, mandiamo i più vivi rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE.

Conferenza Internazionale per il campionamento dei sieri.

A Londra, sotto gli auspici del Ministro dell'Igiene, si è riunita la Commissione internazionale per tentare l'unificazione delle titolazioni dei sieri per difterite, dissenteria, meningococco, pneumococco e tetano. Facevano parte della Conferenza i delegati delle seguenti nazioni: Austria (Muller); Belgio (Renaux); Francia (Martin, Dopter, Cotoni); Germania (Kolle, Sachs); Inghilterra (Andrewes, Dale, Bulloch); Italia (Gosio); Giappone (Miyajima); Polonia (Hirschfeld); Svizzera (Doerr); presiedeva Madsen; segretarî: Raichmann, Norman, White.

Si è posto in evidenza che mancano per ora dati sicuri comparativi tra le varie unità di misura ed occorre definire queste con precisione, come pure bene intendersi sui varî ceppi.

Per il dosaggio del siero antidifterico, si hanno due metodi affini (metodo Ehrlich e metodo usato dal Publ. Health Bureau di Washington), e per il dosaggio del siero antitetanico si hanno quattro metodi dei quali non è nota esattamente la corrispondenza; si è proposto di comparare questi due gruppi di metodi.

Per i meningococchi, premesso che il potere dei sieri è difficilmente determinabile con il dosaggio delle agglutinine, opsonine e sensibilizzatrici, si è deliberato di scambiare tra i varî laboratorî i ceppi di meningococco, per avere complete notizie concernenti i ceppi stessi.

Conclusioni non dissimili per i pneumococchi.

Per il siero antidissenterico, premessa l'opportunità di limitare le ricerche al Shiga, si deliberò di studiare i singoli campioni di sieri ottenuti nei varî laboratorî e di controllare l'attendibilità dei dosaggi.

Una raccomandazione speciale è stata fatta a proposito della siero-diagnosi della sifilide, sull'opportunità di studiare l'attendibilità dei metodi sostituiti alla Wassermann originale.

La prossima riunione si avrà probabilmente tra sei mesi a Parigi.

Esposizione interalleata di Igiene.

In occasione della festa pel centenario di Pasteur, il 1° maggio 1923, sarà organizzata a Strasburgo un'Esposizione interalleata d'igiene. Commissario generale ne è il prof. Borrel; segretario il sig. E. Henry; Commissario per l'Italia il professor Sanarelli.

Corso di perfezionamento in clinica della tubercolosi.

Ricordiamo che avrà luogo presso la Clinica Medica dell'Università di Roma, a partire dal 15 febbraio, un corso di perfezionamento sulla clinica della tubercolosi.

Agli inscritti che avranno frequentato il corso e daranno prova di profitto verrà rilasciato uno speciale diploma.

Tassa d'inscrizione L. 250, da versare all'Economato dell'Università. Le domande dovranno essere rivolte al Rettore.

IV Congresso Italiano di Radiologia medica.

Il IV Congresso Italiano di Radiologia si terrà in Bologna nei locali dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, sotto la presidenza del prof. Aristide Busi, nei giorni 9-10-11 del prossimo maggio.

Al Congresso sarà annessa una esposizione di apparecchi radiologici alla quale possono prendere parte sia le ditte italiane che straniere.

Per informazioni rivolgersi al dott. Alfredo Possati, Villa Verde - Bologna.

Corso di perfezionamento in Radiologia medica ed elettroterapia.

Nell'anno scolastico corrente 1921-22, avrà luogo presso l'Istituto di Radiologia medica ed Elettroterapia dell'Università di Roma, al Policlinico

Umberto I, un corso di perfezionamento in Radiologia medica ed Elettroterapia per i laureati in medicina. Il corso avrà la durata di un trimestre e cioè dal 15 febbraio al 15 maggio 1922.

Saranno impartiti i seguenti insegnamenti:

1° Conferenze di elettrologia e radiologia clinica (prof. Ghilarducci); 2° Fondamenti bio-fisici della Elettroterapia e della Radioterapia (professor Ghilarducci); 3° Istrumentario e tecnica delle applicazioni elettriche (dott. Attili); 4° Istrumentario e tecnica delle applicazioni radiologiche (prof. Milani); 5° Indagine radiologica dei visceri allo stato normale e patologico (proff. Ghilarducci e Milani); 6° L'indagine radiologica dello scheletro allo stato normale e patologico (prof. Ghilarducci e dott. Attili); 7° Le applicazioni dell'elettricità alla diagnostica (prof. Ghilarducci); 8° Le applicazioni dell'elettricità alla terapia (dottor Attili); 9° Le applicazioni delle radiazioni alla terapia (prof. Milani); 10° Esercitazioni pratiche (dott. Faberi).

Alla fine del corso, quelli che lo avranno frequentato regolarmente e che avranno superato la prova di esame, riceveranno un diploma di perfezionamento in Radiologia medica ed Elettroterapia.

Solite condizioni. Quietanza di L. 300.30 rilasciata dall'Economo dell'Università; sopratassa di L. 91.10.

Corso di perfezionamento in clinica pediatrica.

Il 16 febbraio avrà inizio presso la R. Clinica Pediatrica dell'Università di Napoli un corso di perfezionamento in Pediatria per laureati in medicina e chirurgia, autorizzato dal Ministero della P. I.

Tale corso avrà carattere eminentemente pratico e comprenderà una serie di lezioni quotidiane di clinica, patologia e igiene dell'infanzia, nonchè esercitazioni di ambulatorio e di laboratorio.

Esso durerà sino a tutto il giorno 8 aprile e alla fine del corso verrà rilasciato, dietro esame, un diploma comprovante la frequenza ed il profitto: diploma debitamente legalizzato e vidimato dal Rettore dell'Università.

La quota d'iscrizione, da versare all'Economo della R. Università, è di L. 200, più L. 50 per tassa d'esami e diploma.

Il numero degli inscritti è limitato. Le domande d'iscrizione, in carta da bollo di L. 1 e accompagnate dalla quietanza del versamento fatto presso l'Economato, vanno dirette al Direttore della Clinica Pediatrica, prof. Rocco Jemma, S. Andrea delle Dame, 21, Napoli, entro il 18 febbraio corr.

La Raccolta ufficiale delle leggi per gli infortuni industriali e agricoli.

Viene pubblicata a cura del Ministero per il Lavoro e la Previdenza sociale, con la collaborazione della Cassa Nazionale d'assicurazione per gli infortuni sul lavoro; l'edizione è corredata di due indici alfabetico-analitici e da note integrative.

Giubileo del prof. Salvioli.

Nell'Università di Padova colleghi, allievi ed amici hanno festeggiato il prof. Ignazio Salvioli per il suo 25° anniversario d'insegnamento. Fu ricordata la ricca produzione scientifica del Salvioli e dei suoi allievi e furono prospettate le difficoltà che in questo periodo si oppongono al lavoro sperimentale, in ambienti scarsi, inadatti, sprovvisti di ogni suppellettile: difficoltà finalmente superate con la costruzione del nuovo Istituto di Patologia generale, ove si svolse, con cordialità, la lieta cerimonia.

Nel giornalismo medico.

La Ginecologia Pratica, rivista mensile diretta dal dott. Pericle Carlini, da noi già annunziata, si propone di essere una rassegna completa dei nuovi studi in Ostetricia e Pediatria, un osservatorio dell'assistenza ostetrica comunale, un bollettino delle nuove iniziative nel campo sociale per la protezione della donna e del bambino. Fedele al proprio titolo non pubblicherà memorie scientifiche originali, a cui sono già dedicate valorose riviste, ma soltanto riassunti degli studi e delle monografie più importanti. È destinata alle levatrici.

Redazione e Amministrazione hanno sede a Genova, via XX Settembre, 22.

Auguri.

Si è spento a Roma, lentamente ucciso da un carcinoma, il prof. GAETANO MAZZONI, espertissimo operatore, per lunghi anni primario chirurgo nell'Ospedale di San Giovanni, che era già stato diretto dallo zio Costanzo.

Fu medico curante e amico devoto di Leone XIII, che nel 1903 venne da lui operato di una cisti dorsale.

Appartenne al Comitato Centrale della C. R. I. e durante la guerra fu ispettore degli Ospedali di Roma dell'Istituzione. Era stato aiuto del Durante. Aveva conseguito la docenza in clinica chirurgica ed in ginecologia.

Di profonda coltura umanistica e professionale, di animo nobile e generoso, condusse vita modesta e semplice. Chirurgo delle classi più abbienti di Roma, non negò mai la sua opera agli umili.

Raccolse un'ingente fortuna, che morendo ha legato in gran parte per opere di beneficenza (la sontuosa villa di Folignano all'Ospedale Costanzo Mazzoni di Ascoli Piceno, tutto il capitale in titoli mobili e il ricco appartamento di Roma al Protettorato S. Giuseppe, con l'obbligo di un legato di L. 20,000 al Sanatorio dell'Ariccia e di uno agli infermieri di Roma; la sua biblioteca ed una borsa di studio di L. 50,000 agli Ospedali di Roma.

Era nato ad Ascoli il 24 marzo 1854.

Lascia un grato ricordo ed un vivo rimpianto.

G.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Revue Neurologique, 7 agos. — CHARUEL e X. ABELY. Epidemia di nevrassite epidemica localizzata. — K. PETREN. L'acrodinia, intossicazione arsenicale. — P. MARIE e C. TRETIAKOFF. Malattia di Landry a forma midollare. — Resoconto del Congresso degli alienisti e neurologi di Francia.

Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 30 ott. — G. BERTELLI. Grave forma di scorbuto in un soldato.

The Journal of Nervons and Mental Diseases, ott. — E. D. FRIEDMAN. Distrofia muscolare progressiva.

Archives of Radiology and Electrotrerapy, nov. — S. MELVILLE. La tubercolosi ileale nell'adulto.

The American Journal of Obstetrics and Gynecology, nov. — W. A. SCOTT. Le emorragie uterine non prodotte da neoplasmi. — O. A. GORDON. Trattamento dell'aborto.

La Medicina Italiana, nov. — L. FERRANNINI. Le febbricole di natura non infettiva. — C. MELLONI. La cura chirurgica anchilosante del male di Pott.

Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 13 nov. — O. VALTAN. Diagnosi della trombosi del golfo della giugulare interna.

Rivista critica di Clinica Medica, 15 nov. — C CANTIERI. Febbri cripto-tubercolari.

The Journal of the American Medical Association, 19 nov. — R. G. ROWS. Pseudotumori del cervello. — A. W. SILLIANS. Sarcoidi multipli benigni e sifilide.

The Journal of the American Medical Association, 26 nov. — A. J. MACLANGHLIN. Il controllo delle malattie trasmissibili. — D. H. SHERMAN e H. R. LOHNES. Prodotti terminali tossici di clivaggio delle proteine causa della febbre da inanizione.

Journal de Chirurgie, dic. — L. SENCERT e G. FERRY. Disinserzione intestinale del mesentere nelle contusioni dell'addome.

La Radiologia Medica, dic. — G. CARMELICH. L'ulcera duodenale nello stadio attivo ed inattivo.

Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition, dic. — W. OETTINGER e R. V. CABALLERO. Il megaesofago.

Wiener Klinische Wochenschrift, 1 dic. — A. F. HECHT. Allergia farmacodinamica parafecale. — A. SONCEK. Il medico e la scelta dei mestieri.

Giornale di Medicina Militare, 1 dic. — C. NEGRO. Di una particolare modalità tecnica di esplorazione del fenomeno del ginocchio.

Paris Médical, 3 dic. — Numero sulla terapia.

La Riforma Medica, 3 dic. — L. BIANCHI. Profilassi delle malattie nervose ed igiene della mente.

Medizinische Klin., 4 dic. — C. BAYER. Il trattamento delle ferite.

Berliner Klinische Wochenschrift, 5 dic. — H. STRAUSS. Periostite e artrite tifosa. — B. FLEILCHENFELD. Rapporti tra pemphigus neonatorum e impetigo contagiosa.

La Presse Médicale, 7 dic. — NOBÉCOURT. La clinica medica infantile, scuola medico-sociale.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 9 dic. — L. HABERLANDT. Sterilizzazione ormonica dell'organismo femminile.

Paris Médical, 10 dic. — GIRBAL. Crisi nitroidi e accidenti anafilattici. — PERRIN. Gangrena polmonare arrestata dall'arsenoterapia e guarita dalla sieroterapia.

British Medical Journal, 10 dic. — C. J. BOND. Il chirurgo come patologo.

Revue de Médecine, n. 11. — L. BARD. Gli spostamenti laterali del cuore.

Medizinische Klin., 11 dic. — NONNE. Meningite cerebro-spinale acuta sifilitica. — W. KOLLE. Attivazione chimioterapica dei preparati di salvarsan.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp

ANNO XXIX Roma, 20 Febbraio 1922 Fasc. 8

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA.

Lo zucchero del sangue negli arteriosclerotici ipertensivi.

Ricerche del dott. ALCIDE BOTTI.

L'osservazione di Neubauer (1) che la puntura diabetica determina un forte aumento della pressione sanguigna e ingrossamento del fegato da iperemia, probabilmente per azione nervosa sulle capsule surrenali, diede appoggio al concetto di un rapporto fra ipertensione e iperglicemia. La quale secondo Neubauer (2) e Heabelberg (3) si avrebbe anche nella nefrite, solo se accompagnata da ipertensione.

Neubauer in nefritici con pressione di 200 mm. ha veduto un alto contenuto di zucchero del sangue senza glicosuria: non così in quelli con bassa pressione di 120-150 mmkg.

Invece Tinchau, Bing e Jakobsen non hanno trovato nessun rapporto costante fra aumento della pressione sanguigna e aumento dello zucchero del sangue.

Secondo Falta nelle *ipertonie* si trova iperglicemia, ma non glicosuria, perchè i reni si adattano al graduale aumento di zucchero del sangue.

L'argomento meritava quindi un esame speciale anche allo scopo di stabilire la capacità di assimilazione per gli idrati di carbonio negli ipertensivi e negli arteriosclerotici.

Ricordiamo che Haegelberg (l. c.) in un gran numero di nefriti croniche con ipertensione ha trovato un aumento di zucchero nel sangue, più grande nell'ipertensione essenziale (arteriosclerosi); invece nella sclerosi renale degli arteriosclerotici con aumento della pressione sanguigna non si trovava iperglicemia. Frank (4) in un caso di arteriosclerosi, senza indicazione del valore della pressione sanguigna, ha trovato nel sangue totale gr. 1,15 di zucchero su

(1) E. NEUBAUER. *Ueber die Wirkung antiglukosurischer Mittel und ueber Leberglukosurie*. Bioch. Zeit., Bd. 43, p. 335, 1912.
(2) E. NEUBAUER. *Ueber Hyperglykömie bei Hochdruknephritis*. Bioch. Zeit., Bd. XXV, p. 284, 1910.
(3) HEAGELBERG. *Hypertension und Blutzucker*. Berl. klin. Wochen., n. 40, 1912.

(4) E. FRANK. *Neber einige Grundtatsachen aus der Physiologie des Blutzuckers*. Zeit. f. phys. Chemie, Bd. 70, p. 129, 1911.

mille, cifra di pochi centgr. superiore al normale.

Riassumo nel quadro seguente le mie osservazioni ed esperienze fatte secondo il consiglio del Prof. Albertoni, direttore della Clinica Medica.

Casi clinici	Diagnosi	Pressione sanguigna in mm.	Zucchero a digiuno	Zucchero dopo 50 gr. glucosio	Differenza fra le due glicemie.	Orine	Osservazioni
1. Gaetano A., d'anni 68, calzolaio.	Ipertensione arteriosa. Arteriosclerosi diffusa. Insufficienza mitralica compensata. Trombosi cerebrale	195	in gr. 15 sangue gr. 0,018 zucchero = gr. 1,24 0/00	su 17 gr. sangue gr. 0,0288 zucchero = gr. 1,69 0/00	+0.45	Negativa la ricerca dello zucchero	Bevitore, emiparetico. Arterie ispessite.
2. Luigia B., di anni 69.	Ipertensione arteriosa. Arteriosclerosi diffusa	240	in gr. 15 sangue gr. 0,0172 glucosio = gr. 1,14 0/00	in gr. 16,50 sangue gr. 0,030 glucosio = gr. 1,81 0/00	+0.67	Traccie minime di albumina	Segni di gangrena al piede destro. Ateromasia spiccata. Wassermann negativo.
3. Anna F., di anni 58.	Ipertensione. Arteriosclerosi diffusa. Ectasia aortica e della femorale d'origine luetica.	225	in gr. 13,50 sangue gr. 0,016 zucchero = gr. 1,18 0/00	in gr. 17,50 sangue gr. 0,033 zucchero = gr. 1,88 0/00	+0.70	Negativo	Wasserman positivo. Manifesto soffio sistolico e diastolico su tutti i focolai cardiaci. Arterie dilatate.
4. Domenico R., d'anni 55.	Ipertensione. Arteriosclerosi diffusa. Trombosi cerebrale	195	in 8 gr. sangue gr. 0,0132 zucchero = gr. 1,65 0/00	in gr. 7 sangue gr. 0,0153 zucchero = gr. 2,18 0/00	+0.53	Nei 300 cc. orina raccolta nelle 4 ore successive alla somministrazione del glucosio 5 0/00 di zucchero	Emiparesi sinistra. Polso duro, teso, radiale ispessita, temporale serpiginosa. Area cardiaca leggermente ingrandita
5. Luigi R., di anni 60, pastaio.	Ipertensione. Arteriosclerosi diffusa. Insufficienza mitralica	210	in gr. 12 sangue gr. 0,012 zucchero = gr. 1 0/00	in gr. 14,50 sangue gr. 0,028 zucchero = gr. 1,91 0/00	+0.91	Negativo	Lieve colore itterico della pelle, fegato, milza ingranditi. Arterie ispessite. Cuore grande.
6. Luria B. di anni 71.	Ipertensione. Arteriosclerosi diffusa. Miocardite	260	in gr. 10,50 sangue gr. 0,012 glucosio = gr. 1,14 0/00	in gr. 8 sangue gr. 0,0161 glucosio = gr. 2,01 0/00	+0.87	Negativo	Radiali, temporali dure, nodose; polso duro, teso aritmico. Area cardiaca ingrandita.
7. Maria F., di anni 52.	Ipertensione. Ateromasia diffusa d'origine luetica. Stenosi e insufficienza aortica	190	in gr. 5,50 sangue gr. 0,008 glucosio = gr. 1,45 0/00	in 7 gr. sangue gr. 0,019 glucosio = gr. 2,72 0/00	+1.27	Traccie d'albumina, non zucchero	Affanno, dispnea, arterie ispessite, aia cardiaca ingrandita, polso celere e polso capillare.
8. Ettore C., di anni 46, salumiere.	Ipertensione. Ateromasia diffusa d'origine luetica. Insufficienza mitralica. Trombosi cerebrale	190	in 8 gr. sangue gr. 0,0122 glucosio = gr. 1,52 0/00	in gr. 12 sangue gr. 0,021 glucosio = gr. 1,90 0/00	+0.38	Negativo	Emiparesi sinistra. Aia cardiaca ingrandita. Arterie dure.
9. D. Efren, di anni 69, bracciante.	Ipertensione. Arteriosclerosi diffusa. Vizio mitralico scompensato. Fibrillazione auricolare. Cuore bovino. Enfisema polmonare	263	in 13 gr. sangue gr. 0,0161 glucosio = gr. 1,23 0/00	in gr. 8 sangue gr. 0,0148 glucosio = gr. 1,85 0/00	+0.62	Negativo	Bevitore, mangiatore. Dispnea, arti edematosi, fegato da stasi, aia cardiaca ingrandita.
10. Enrico L., di anni 68, inserviente.	Ipertensione. Arteriosclerosi diffusa. Trombosi cerebrale	230	in 10 gr. sangue gr. 0,0136 glucosio = gr. 1,36 0/00	in gr. 6,5 sangue gr. 0,011 glucosio = gr. 1,84 0/00	+0.48	Negativo	Emiplegia destra a lento sviluppo. Arterie dure. ispessite. Aia cardiaca aumentata.

In base ai risultati ottenuti e riassunti nel quadro possiamo affermare la tesi generale che negli ipertensivi, e specialmente negli arteriosclerotici, come erano quasi tutti i nostri ammalati, lo *zucchero è aumentato nel sangue* e la tolleranza è minore. L'*assimilazione degli idrati di carbonio è scemata e compromessa*, sia per il turbamento della circolazione generale, per la stasi che offende il ricambio, sia per la diminuita capacità funzionale del fegato. In molti dei nostri malati il fegato era aumentato di volume. In alcuni di essi poi esisteva un'offesa del sistema nervoso e limitazione dell'attività muscolare da emiplegia.

Albertoni ha dimostrato che lo zucchero aumenta la pressione sanguigna, ma non crediamo che questo sia il fattore dell'ipertensione nei nostri malati perchè non esisteva un rapporto fra il grado dell'ipertensione e la quantità di zucchero trovato nel sangue.

Bologna, 1° ottobre 1921.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I DI ROMA
VIII PADIGLIONE
diretto dal prof. A. CARDUCCI.

Sopra due casi di meningite tubercolare a forma emiplegica

per il dott. S. PULVIRENTI, aiuto.

La meningite tubercolare è malattia di osservazione corrente, ne è quindi ben nota la sintomatologia. Accanto a sintomi generali (febbre, cefalea, vomito, bradicardia, delirio, ecc.) vi si osservano sintomi a focolaio. Di questi i più comuni sono le paralisi dei nervi cranici (oculomotori, facciale) cioè i s. a focolaio della base dell'encefalo; si sa infatti che la m. tbc. è prevalentemente basilare. Ma vi si osservano anche dei s. a focolaio della convessità (monoplegia crurale, mon. facio-brachiale, afasia motoria e talora acustica, emiplegia, emianopsia, ecc.). Essi sono in rapporto con la me. della convessità del cervello, la quale, come vedremo meglio in seguito, può presentare i caratteri di una vera meningo-encefalite ed accompagnarsi anche a processi di arterite, donde focolai di rammollimento corticali, sottocorticali, ecc.

Dal punto di vista clinico si hanno varie forme di me. tbc. secondo che prevalgono gli uni o gli altri sintomi generali e a focolaio. Notevole differenza esiste a questo riguardo tra la meningite della seconda infanzia il cui quadro è quello classico, comunemente noto (Bouchut, Jaccoud, Marfan) e la meningite dell'adulto, la quale presenta spesso una sintomatologia prevalentemente corticale e incompleta, monosintomatica e un decorso anomalo (Chantemesse, Gouget, Ramond).

Basterà qui accennare come nell'adulto accanto a una forma prevalentemente cefalalgica a una forma a prevalenti manifestazioni psichiche (delirante, comatosa), a una forma prevalentemente eclamptica (convulsioni generalizzate o a tipo jacksoniano) si osservano talora delle forme con prevalenti fenomeni paralitici di origine corticale e cioè, come si è detto, monoplegia crurale, mo. facciale, mo. brachiale, afasia motoria, emiplegia.

Esistono per l'appunto dei casi di me. tbc. nell'adulto in cui unico sintoma precoce è una emiplegia sinistra o destra, in questo caso con afasia motoria. L'emiplegia può svilupparsi lentamente e risultare dal sovrapporsi di una monoplegia crurale a una monoplegia facio-brachiale; ma talora l'emiplegia può avere un inizio apoclettiforme, preceduto o no da un attacco di convulsioni a tipo jacksoniano.

Questa forma di me. tbc. anomala, che si potrebbe chiamare « me. a forma emiplegica », che si osserva a preferenza nell'adulto, merita di essere ben conosciuta, potendo dar luogo anche ad errori di diagnosi, specie nei casi in cui, di fronte a così gravi s. a focolaio, si hanno solo poco manifesti s. generali e mancano, come si è detto, le paralisi dei n. cranici.

Avendo avuto occasione di osservare e studiare due casi tipici del genere con autopsia, credo utile illustrarli, mettendone in rapporto la sintomatologia col reperto anatomico non comune. In tutti e due si è sviluppata la meningite nel decorso del m. di Pott.

Ringrazio il prof. A. Carducci, primario, del Reparto, che me ne ha permesso la pubblicazione.

***

Espongo prima un sunto delle 2 storie cliniche e il relativo reperto di autopsia.

CASO N. 1. — C. S., di a. 34, contadino. Dal lato ereditario e nei precedenti personali e morbosi nulla di notevole. Stava bene quando 5 m. fa cominciò a lagnarsi di dolore al dorso, con irradiazioni alle reg. ipocondriache, dolore che non è più scomparso. Ha notato in seguito difficoltà nei movimenti del tronco con esacerbazione del dolore; contemporaneamente scarsa febbre serotina, progressivo pallore e deperimento.

All'ingresso in Ospedale presenta: condizioni generali non gravi, sensorio lucido, nessun decubito è bene tollerato a causa del dolore al dorso; polso 100, respiro calmo, t. febbrile; nutrizione molto scaduta, colorito pallido, muscolatura ipotrofica, scarse ghiandole senza speciali caratteri nelle r. latero cervicali; lingua impatinata; non rigidità nucale, non f. di Kernig; nulla di notevole all'es. degli organi interni. All'es. della colonna vertebrale, si nota l'esistenza di un gibbo, ad angolo ottuso, con apice a livello della 5ª vert. dorsale; la pressione sulle apofisi, dalla 2ª all'8ª dorsali, provoca dolore; nei vari movimenti il tratto dorsale del rachide resta rigido. L'es. nevrologico non dà nulla di notevole a carico dei n. cranici, della motilità attiva e passiva degli arti, dei riflessi, ecc.: Si nota solo una zona di ipoestesia a fascia a livello della reg. toracica inferiore e più in alto una breve zona di iperestesia. L'es. delle urine è negativo. L'es. radiologico conferma l'alterazione del rachide (spondilite delle v. 4, 5, 6, 7 dorsali). Durante i primi giorni di degenza si constata febbre moderata, intermittente al mattino.

Si fa diagnosi di morbo di Pott dorsale.

Dopo circa 7 giorni dall'ingresso in Ospedale il p. comincia a lagnarsi di cefalea, che aumenta nei giorni seguenti; compare in seguito vomito, stipsi e poi rigidità nucale e s. di Kernig. Dopo circa 5 g. dall'insorgere dei detti sintomi compare e si va man mano aggravando una paresi, prima dell'a. inferiore di s. poi dell'arto superiore dello stesso lato, poi della metà s. della faccia; la paresi

non è preceduta da sintomi irritativi (epilessia jacksoniana).

A un 2° esame, 14 g. dall'ingresso in Ospedale, si ha: sensorio un po' ottuso, rigidità nucale e s. di Kernig presenti; oculomozione normale; paresi a tipo centrale del facciale di s.; lingua deviata a d.; paralisi completa degli arti sup. ed inf. di s.; riflessi iridei presenti ma torpidi, pupille eguali; a s. esagerazione dei r. rotuleo, achilleo e tendinei superiori, accenno al clono del piede e al f. di Babinski. Non si può fare che un es. sommario della sensibilità ed è dato rilevare ipoestesia nella metà s. del corpo, arti compresi, ed abolizione del senso stereognostico. Non esistono disturbi della parola.

Si pratica una puntura lombare e si estrae abbondante quantità di liquido a forte pressione ; esso è leggermente torbido e dà albumina 1 ‰, reticolo di Mya presente, presenza di abbondanti linfociti e scarsi polinucleati. La R. di Wassermann del liquor e del sangue è negativa. L'es. del fondo oculare dà papilla da stasi bilaterale.

L'infermo muore per l'aggravarsi dei sintomi detti, nel coma, dopo 25 g. dalla comparsa dei primi sintomi di meningite, dopo 15 g. dall'insorgere dell'emiplegia.

Si fa diagnosi di m. di Pott dorsale, meningite tbc. con emiplegia sinistra (per alterazioni meningo-encefalitiche della regione rolandica destra).

Reperto di autopsia. A carico dell'encefalo si nota: dura madre cerebrale congesta; pia meninge iperemica, alquanto opacata; presenza di essudato gelatinoso alla base, tra il chiasma, i peduncoli cerebrali, il ponte (vi si osservano qui le classiche alterazioni della me. tbc. basilare); presenza di essudato ed eruzione di fini tubercoli grigio splendenti sulla pia lungo le scissure di Silvio e di Rolando di destra; a sinistra le stesse alterazioni sono appena accennate. Notevole il reperto che si ha a carico della regione rolandica d.; qui oltre le alterazioni suddette, si osservano delle vere placche di colorito grigio-giallastro; esse sono situate ai due lati della scissura di R. e interessano tanto la c. frontale che la c. parietale ascendenti, la lesione è più grave ed avanzata nella parte alta della regione. Queste placche sono costituite da infiltrati di colorito grigio-giallastro, interessanti oltre la pia anche la sostanza corticale sottostante; la pia è opacata, cosparsa di tubercoli miliarici ed aderente alla sostanza corticale che è gravemente alterata ed infiltrata. Esiste modico idrocefalo interno; le arterie cerebrali presentano aspetto normale; nei vari tagli non si osservano alterazioni macroscopiche a carico dei nuclei della base, della capsula interna, ecc.

Da notare che l'es. dei vari visceri non dà alterazioni degne di nota e mancano altri focolai tubercolari. La sezione del rachide e del midollo spinale non si potè fare: così pure l'esame microscopico.

Diagnosi anatomica: Meningite tbc. basilare e della convessità; placche di meningo-encefalite a carico delle circonvoluzioni frontale e parietale ascendenti di destra.

CASO N. 2. — S. E., di anni 26, donna di casa. Nulla di notevole dal lato ereditario. A 15 a. pleurite s. di cui guarì bene. Maritata a 21 anni, ha avuto 2 gravidanze a termine. Dall'epoca del 2° parto ha cominciato a deperire a causa di abbondanti metrorragie puerperali e dell'allattamento mai tollerato: ha notato febbre serotina, sudori notturni, tosse secca, pallore, deperimento. Tali fenomeni persistevano un anno fa quando insorse dolore al dorso nel riposo e maggiore nei movimenti del tronco; in seguito comparve una tumefazione alla reg. dorsale mediana, dolente alla pressione (gibbo). La donna rimase intanto incinta per la 3ª volta, la gravidanza venne interrotta al 5° mese per le sue sempre gravi condizioni generali, persistendo l'alterazione al rachide, la febbre, l'anemia, il deperimento.

È in queste condizioni quando, 15 g. prima dell'ingresso in Ospedale, la p. comincia a lagnarsi di cefalea, che nei giorni seguenti va aumentando; compare poi vomito ostinato, stipsi; persiste la febbre che è modica, irregolare. In queste condizioni viene ricoverata in Ospedale.

All'ingresso si nota: Cond. gen. piuttosto gravi, sensorio integro, decubito preferito laterale ad arti semiflessi (posiz. a cane di fucile); polso 80, respiri 20, rari colpi di tosse senza escreato, temperatura febbrile; notevole denutrizione, pallore cutaneo e delle mucose, musculatura ipotrofica, scarse ghiandole nelle reg. ascellari e cervicali; lingua impatinata, alito fetido. Presenta contrattura della nuca in estensione, dolore alla pressione della nuca e nei tentativi di flessione del capo; f. di Kernig presente. Torace lungo, scarno, con fosse sopra e sottoclavicolari di s. pronunciate, espansione della base s. limitata, apice s. abbassato, margine inferiore s. immobile murmure vescicolare aspro all'apice s., debole alla base. Nulla di notevole all'esame del cuore, dell'addome e dei visceri addominali. All'es. del rachide si nota un gibbo a livello della 9ª e 10° v. d. con dolore alla pressione delle apofisi; i movimenti del tronco sono limitati, il tratto dorsale inferiore della colonna è rigido. All'es. nevrologico non si hanno fatti notevoli a parte la rigidità nucale, il Kernig; la esagerazione dei r. tendinei, il dermografismo. L'es. delle urine è negativo. Non si può praticare l'es. radioscopico del torace e del rachide. La puntura lombare dà liquido ad altissima pressione, leggermente torbido, con reticolo di Mya presente, albumina 1,20 ‰, nel sedimento abbondanti linfociti e scarsi polinucleati. L'es. oftalmoscopico dà papilla da stasi incipiente bilaterale. La R. di W. del liquor e del sangue è negativa.

Durante i primi giorni di degenza si constata febbre modica, irregolare, cefalea, vomito, stipsi. Dopo 6 g. dall'ingresso in Ospedale (20 g. dall'inizio dei sintomi meningitici) la p. è colta di notte da un ictus; non perde la coscienza ma è agitata, perde rapidamente l'uso degli arti di destra e diventa afasica.

All'es. praticato il mattino seguente si nota: la p. è cosciente, comprende bene le domande e i comandi, ma non può parlare; un più dettagliato es. dei disturbi della parola non si può fare per le sue gravi condizioni. L'oculomozione è normale; si ha paralisi a tipo centrale della muscolatura della metà d. della faccia (m. periorali; m. pellicciaio, ecc.); la

lingua è deviata a d.; l'arto superiore d. è immobile così pure l'inferiore, la motilità volontaria è abolita completamente nei detti arti di d., la resistenza ai m. passivi è diminuita. R. iridei presenti ma torpidi, pupille eguali; r. tendinei superiori ed inferiori più pronti a d. che a s.; accenno al f. di Babinski a d. Per le condizioni della paziente non si può fare un es. accurato della sensibilità, pare di notare un'emiipoestesia d. completa.

Nei giorni seguenti persiste l'emiplegia d. con afasia motoria; la febbre diventa alta, si aggravano sempre più le cond. gen. e si ha la morte dopo 6 g. dall'ictus e cioè dopo 26 g. dall'inizio dei s. meningitici.

Si fa diagnosi di: esiti di pleurite s.; sclerosi dell'apice s.; morbo di Pott dorsale; meningite tbc.; emiplegia d. completa con afasia motoria per probabile rammollimento da occlusione (arterite) dell'arteria silviana s.

Reperto di autopsia. All'es. dell'encefalo si nota: sulla superficie inf. abbondante essudato gelatinoso, coi caratteri e la sede ben noti della me. tbc. basilare. Guardando l'encefalo dalla faccia superiore si nota: la pia iperemica, alquanto opacata; bilateralmente nella fossa Silvii e nel tratto iniziale della s. di Rolando lungo i vasi scarso essudato gelatinoso ed intorno sulla pia un'abbondante eruzione di tubercoli miliarici. Mancano in questo caso le placche di meningo-encefalite descritte nel caso precedente a carico delle c. rolandiche. Facendo un taglio frontale interessante la regione dell'insula, a d. non si nota nulla, a s. invece si osserva una vasta zona di rammollimento bianco interessante la metà superiore della capsula interna e la sostanza bianca soprastante ed estendentesi anche alla capsula esterna, tantochè il putamen risulta come staccato dall'antimuro; esiste modico idrocefalo interno. L'es. dei visceri non dà alterazioni notevoli, eccetto all'apice del p. s. dove esiste un focolaio di sclerosi tbc., le ghiandole tracheo-bronchiali s. sono in degenerazione caseosa. Non si è potuto avere il reperto del rachide e del midollo spinale. Si omettono anche i risultati dell'esame microscopico (meningi, arteria silviana di sinistra, ecc.) che formeranno oggetto di una prossima pubblicazione; l'indole del presente lavoro non permette di potercene qui occupare.

Diagnosi anatomica: Sclerosi tbc. dell'apice del p. s.; deg. caseosa delle ghiandole dell'ilo p. s.; meningite tbc. prevalentemente basilare; vasto rammollimento bianco della capsula interna ed esterna di s. (per trombosi da arterite tbc. delle arterie lenticulo-striate).

Dopo di aver riferito le storie cliniche e i relativi reperti di autopsia, passiamo a farne una breve illustrazione.

Si tratta di due casi di morbo di Pott dorsale nel cui decorso (senza cause apprezzabili, se si eccettua nell'uomo il trauma costituito dal trasporto in Ospedale) si è sviluppata una meningite tubercolare che ha portato a morte i pazienti. Nessun dubbio sulla diagnosi di meningite, basta ricordare la cefalea, la rigidità nucale, il s. di Kernig, il vomito, la papilla da stasi, l'aumentata pressione del liquido cerebrospinale, ecc.

Sulla natura tubercolare della meningite non può esservi dubbio; basta ricordare l'esistenza di un focolaio di origine (spondilite dorsale), il caratteristico reperto del liquor, l'assenza di reazione di Wassermann ecc. Il reperto anatomico ha confermato pienamente la diagnosi: si riscontrarono infatti le caratteristiche alterazioni della leptomeningite tubercolare.

Si tratta quindi di 2 casi sicuri, benchè a sintomatologia non comune, di meningite tubercolare.

Dal punto di vista patogenetico un rilievo merita di fare. Nel 1° caso, all'autopsia, oltre il focolaio di spondilite, non furono dimostrati altri focolai tubercolari, mentre nel 2° caso furono anche trovate alterazioni specifiche nel polmone s. Nel 1° caso con certezza, nel 2° con ogni probabilità, si deve ritenere che l'invasione delle meningi si è avuta per contiguità. Dal focolaio di carie vertebrale il processo deve avere invaso lo spazio peridurale, la duramadre, lo spazio aracnoideo midollare, il liquido cerebrospinale e attraverso questo le meningi spinali e cerebrali. Un'invasione per la corrente sanguigna (per via embolica) non pare verosimile nei nostri casi, specialmete nel 1°.

Del resto secondo alcuni autori (Leube, Strumpell, Peron) la via del liquido cerebrospinale è la comune via attraverso cui avviene la invaione delle meningi cerebrali, nella maggior parte dei casi di me. tbc., che sono poi secondari a focolai di tubercolosi polmonare e ghiandolare; l'invasione per via embolica si dovrebbe ritenere eccezionale. E poichè. nel nostro 1° caso si sono riscontrati tipici focolai di meningo-encefalite lungo il decorso dell'a. silviana d., da quanto si è detto si dovrebbe desumere che tali focolai si possono avere nella me. tbc., anche se non di origine embolica, forse per diffusione lungo i linfatici che accompagnano i vasi.

Sono note le alterazioni a carico del midollo spinale nel decorso del m. di Pott, tra cui talora dei veri focolai di meningomielite tbc. (Philippe e Cestan, Duprè e Camus). Nei nostri 2 casi clinicamente non vi erano segni di alterazioni midollari; benchè manchi il reperto di autopsia è da presumere quindi che nessuna alterazione vi fosse a carico del mi. dorsale, a parte la meningite spinale che accompagnava quella cerebrale.

In tutti e due i casi la m. tbc. si manifestò all'inizio coi ben noti sintomi generali (cefalea, vomito, rigidità nucale, s. di Kernig, ecc.),

sintomi peraltro non molto imponenti. Solo in seguito comparvero s. a focolaio, rispettivamente dopo 5 e 20 g. dall'inizio apparente della meningite.

Quello che a noi preme di rilevare è che non si manifestarono dei s. a focolaio basilari (paralisi degli oculomotori, facciale, ecc.), come di regola avviene, ma bensì s. a focolaio della convessità, come è più raro osservare. I s. basilari non si ebbero nemmeno in seguito, tantochè quelli della convessità dominarono dal principio alla fine il quadro morboso.

Nel caso 1° si sviluppò, nel giro di pochi giorni, un'emiplegia s.; essa risultava dal sovrapporsi di una monoplegia brachio-facciale a una mon. crurale comparsa per prima. Notevole il fatto che si arrivò alla paralisi senza che precedessero sintomi di irritazione corticale (epilessia jacksoniana).

Ciononostante nessun dubbio che tale emiplegia fosse dovuta a un focolaio corticale interessante la zona motoria di destra e precisamente a un focolaio di meningoencefalite, iniziatosi nella parte alta della zona motoria (mon. crurale) e diffusosi poi in basso (mon. brachio-facciale); essendo il focolaio a d., dovevano mancare i disturbi della favella.

Il reperto di autopsia ha confermato pienamente tale ipotesi diagnostica. Si rilevò anche una me. basilare, la quale clinicamente non aveva dato dei sintomi.

Tali forme di me. tbc. a forma monoplegica ed emiplegica, per focolai di meningoencefalite della zona motoria corticale, in cui precocemente si stabiliscono i detti sintomi, che poi restano i più salienti della malattia, sono ben note ma non sono frequenti; esse sono relativamente di più nell'adulto (Landouzy, Jaccoud, ecc.), ma si possono avere anche nell'adolescenza.

Io ricordo di avere osservato un altro caso simile (in una ragazza di 10 a.) in cui, nel decorso di una me. tbc. (apparentemente primitiva, forse originata dalle gh. dell'ilo polmonare), dopo la comparsa dei soliti sintomi generali (cefalea, vomito, Kernig, ecc), si sviluppò in seguito ed andò man mano aggravandosi una monoplegia facio-brachiale de. con afasia motoria. L'inferma per essere uscita dall'Ospedale non potè essere osservata fino all'obitus. Nessun dubbio che anche in questo caso si trattasse di una me. tbc. con placche di meningoencefalite a carico della zona rolandica di s.

A proposito di tali forme, anormale per fenomenologia e per decorso, di me. tbc. va rilevato un fatto importante dal punto di vista diagnostico. Si osservano dei casi rari in cui mentre sono gravi i sintomi che depongono per un'affezione a focolaio cerebrale (emiplegia, monoplegia, afasia, epilessia corticale) i fenomeni generali della me. (febbre, cefalea, ecc.) sono poco manifesti e la meningite evolve in perfetta latenza (Rendu, Chantemesse, Weintraud). In tali casi si possono ventilare altre diagnosi (di tumore, di ascesso, di gomma, di tubercolo solitario), mentre si tratta di me. tbc. Secondo alcuni il processo in questi casi è in origine circoscritto e, solo in seguito si generalizza, dando luogo alla meningite. Naturalmente questi casi vanno distinti da quelli di una vera meningoencefalite tbc. circoscritta, che tale rimane, in cui non ci sono altri segni oltre quelli a focolaio corticali, e nessun segno esiste di meningite (Chantemesse, Combe, Boinet). Vi sono tra questi dei casi che possono venire a guarigione (Oppenheim).

Alquanto diverso è il caso n. 2. Qui 20 giorni dall'inizio dei primi sintomi di me. si è avuto un vero ictus, senza perdita di coscienza, non preceduto da attacco convulsivo, e la comparsa improvvisa di un'emiplegia completa d. con afasia motoria; quindi una me. a forma emiplegica ad inizio apoplettiforme; anche qui mancarono fino alla fine i s. a focolaio della base.

Tali forme di me. tbc. sono descritte dagli autori. Clinicamente si osserva che talora l'em. compare improvvisamente dopo un attacco convulsivo, ma è fugace, scompare per poi ricomparire o si attenua per poi di nuovo aggravarsi; la variabilità è il suo carattere essenziale (Legendre). Più spesso l'em. compare improvvisamente e resta immutata e completa fino all'obitus, come nel nostro caso.

Dal punto di vista anatomico si è osservato che in alcuni di questi casi si ha il reperto già descritto di focolai di meningoencefalite tbc. della zona motoria corticale; ma in altri si hanno dei focolai di rammollimento corticali, sottocorticali, dei nuclei della base e della capsula, dovuti a trombosi per arterite tubercolare.

Recentemente un caso del genere è stato oggetto di una comunicazione alla Soc. Méd. des Hôp. de Paris (Lortat, Iacob et Turpin, luglio 1921). Si trattava di un caso di me. tbc. a forma emiplegica in cui a lato delle alterazioni comuni della me. tbc. fu riscontrato un focolaio di rammollimento rosso sottocorticale dell'emisfero sin. Gli autori attribuiscono a un'endoarterite tbc. la trombosi che determinò il focolaio di rammollimento, e ritengono che la partecipazione vasale sia frequente

nella me. tbc. ed abbia importanza nella patogenesi di certe complicazioni encefaliche comparse nel suo decorso.

Che nelle arterie cerebrali interessate dal processo di meningite tbc. si possono avere dei processi di arterite specifica è ben noto e sono anche studiate le alterazioni istologiche del vaso che caratterizzano questa forma. Sull'argomento esiste una estesa letteratura tanto per ricerche sull'uomo che sperimentali (Marchiafava, Guarnieri, Nonne, Biancone, Vanzetti, ecc.).

Senza entrare in dettagli a noi basta di ricordare come accanto a processi distruttivi dell'avventizia e della media si abbia un processo di iperplasia dell'intima, forse dovuto all'azione tossica del germe, che dà luogo a restringimento del lume vasale (endoarterite obliterante tbc.), sicchè l'arteria può trasformarsi in un cordone solido ed impervio, dando luogo a disturbi di circolo nel rispettivo territorio di distribuzione (Vanzetti).

Da quanto si è detto risulta chiarito il reperto avuto nel nostro 2° caso. L'autopsia ha dimostrato che la zona motoria corticale era relativamente rispettata dal processo tbc.; contrariamente all'altro caso, non esistevano focolai di meningoencefalite corticale; invece esisteva un vasto rammollimento interessante la capsula interna di s. ed estendentesi alla capsula esterna; oltre a ciò naturalmente il comune reperto della me. tbc. con essudato alla base imbrigliante nervi e vasi.

Si deve ammettere che il rammollimento sia dovuto a trombosi dei rami perforanti della silviana di s. (a. lenticulo striate), secondaria ad arterite tbc. È degno di nota il fatto che la trombosi si è avuta dopo giorni 20 dall'inizio dei primi sintomi di meningite. Le alterazioni riscontrate spiegano bene la sintomatologia del caso: emiplegia, ictus senza perdita di coscienza. L'afasia motoria può ritenersi dovuta all'interessamento della regione sottocorticale dell'insula.

È importante conoscere questa forma di me. tbc. a forma emiplegica ad inizio apoplettiforme per evitare errori di diagnosi.

Di fronte a un caso simile si potrà facilmente escludere, caso per caso, un'emorragia cerebrale, un rammollimento per embolia o per trombosi di origine ateromasica, un'uremia cerebrale, ecc., per molteplici criteri di diagnosi differenziale, su cui non è qui il caso di insistere.

Non egualmente facile è la diagnosi con l'arterite cerebrale luetica; esistono anzi dei casi in cui clinicamente la diagnosi può restare dubbia. Ciò risulta chiaro pensando che spesso all'arterite luetica si accompagna una meningite col relativo corteo di sintomi (cefalea, vomito, febbre, interessamento dei nervi cerebrali, ecc.).

Per la diagnosi differenziale valgono sopratutto i seguenti criteri: il criterio di frequenza, in quanto la forma tbc. è rara rispetto alla forma luetica; il criterio etiologico, in quanto siano in atto o abbiano preceduto delle affezioni, rispettivamente tbc. (pleurite, linfoadenite, carie, spondilite, infiltrazioni polmonari, ecc.) o luetiche. Occorre qui ricordare che l'arterite luetica è proprio del periodo terziario e si ha in genere dopo 1-3 anni dal contagio, qualche volta più tardi. Molta importanza va data alle reazioni di Wassermann e di Sachs-Georgi nel sangue, mentre scarso valore hanno la reazione alla tubercolina per la forma tubercolare e quella di Noguchi ed altre ancora per la luetica. L'esame dei sintomi e del loro decorso può non fornire criteri decisivi per la diagnosi: così pure il reperto della puntura lombare (pleocitosi, reazione di Nonne) eccetto il caso in cui sia positivo il reperto per il bacillo di Koch. In alcuni casi dubbi è solo il criterio curativo, *ex adiuvantibus*, che decide per l'una o l'altra diagnosi.

RIASSUNTO.

Vengono riportate le storie cliniche e i reperti di autopsia di due casi di meningite tubercolare a sintomatologia non comune, secondaria a morbo di Pott dorsale.

Nel 1° caso domina il quadro sintomatico una emiplegia sinistra, legata a focolai di meningoencefalite tbc. della zona motoria di destra.

Nel 2° caso domina il quadro sintomatico una emiplegia destra con afasia motoria, insorta improvvisamente, legata a un vasto rammollimento della capsula interna ed esterna di sinistra, secondario ad arterite tbc.

Dopo di avere accennato alla patogenesi della meningite cerebrale secondaria a spondilite tubercolare, vengono illustrati i due casi mettendo a riscontro la sintomatologia col reperto anatomico e insistendo sulla conoscenza di queste forme di meningite tubercolare a forma emiplegica nei riguardi della diagnosi differenziale.

BIBLIOGRAFIA.

OPPENHEIM. *Trattato delle ma. nervose*, volume II.
DEJERINE. *Sém. des aff. du Syst. nerveux.*
ASCHOFF. *Trattato di An. patologica.*
FOA-VANZETTI. *Trattato di An. patologica*, II.
G. ANTONELLI. *Meningomielite tubercolare*. Policlinico, Sez. Med., 1912.

BOZZOLO. *Di alcune forme di meningite*. Gazz. d. Ospedali, 1912.
TOPOUSE. *Meningite tubercolare dell'adulto*. Intern. Ctbl. Tub. Fortschr., 1912.
MASSELOT. *Meningite tubercolare, forme cliniche*. Gaz. des Hôp., 1912.
RAMOND. *La meningite tubercolare dell'adulto*. Le Progrés méd., 1921, n. 28.
La Meningite tubercolare negli adulti. Medical Record, maggio 1921.
Resoconto della Soc. Méd. des Hôp. de Paris. In Presse Médicale, agosto 1921.

NOTE E CONTRIBUTI

La sieroterapia nelle paralisi post-difteriche tardive.

Dott. DANTE TANGHERONI.

Mentre tuttora nel campo pediatrico si discute sulla efficacia del siero nelle paralisi post-difteriche, credo opportuno portare un modesto contributo personale su tale importante argomento, desumendolo da un caso che ho avuto occasione di seguire molto da vicino, e nel quale il risultato non potrebbe apparire più brillante e persuasivo.

Il trattamento sieroterapico nelle paralisi post-difteriche, già caldamente sostenuto qualche decennio fa da varii osservatori Francesi, ha avuto in generale fredda accoglienza presso di noi, tantochè da taluni si giudicò tale procedimento terapeutico non solo inefficace, ma talora anche dannoso. Gli oppositori alla scuola Francese, pure escludendo che il siero anti-difterico possa contribuire ad aggravare il quadro delle paralisi, si ostinarono a non volerne riconoscere la bontà dei risultati conseguiti, poichè tali paralisi, anche se lasciate completamente in balia di se stesse, dovrebbero risolversi ugualmente in un periodo di tempo più o meno lungo a seconda della loro gravità ed estensione, in modo da non lasciare reliquati apprezzabili. Quest'ultima asserzione però pecca di troppo assolutismo, e come tale lascia adito a facili critiche, poichè quando il miglioramento dei piccoli pazienti, manifestatosi dapprima lento con i comuni mezzi terapeutici o addirittura nullo, diviene invece rapidamente decisivo sotto l'azione del siero e si vedano scomparire d'un tratto i fenomeni più gravi che mettono in serio pericolo la vita dell'infermo, non sono più da invocarsi in tal caso le risorse naturali dell'organismo.

La contrarietà poi dimostrata da alcuni nella sieroterapia intensiva nelle paralisi post-difteriche vorrebbe trovare ancora una giustificazione nell'esagerato timore della comparsa di fenomeni anafilattici, ma anche i seguaci di tali idee fortunatamente vanno oggi diminuendo sempre più, mentre le dosi massive di siero trovano già maggiore credito fra gli osservatori, ed i danni prodotti da esso cominciano a non destare più soverchia preoccupazione.

Di fronte alle opposte tendenze che si contendono il campo nella terapia delle paralisi post-difteriche, la mia titubanza per l'uso di dosi elevate di siero è stata vinta facilmente dal ricordo dei buoni risultati ottenuti in epoca abbastanza recente nella clinica pediatrica della R. Università di Roma per opera di Spolverini, a cui spetta il merito di aver portato sull'argomento un utile ed efficace contributo pratico. Egli studiò e descrisse tre casi di paralisi post-difteriche tardive assoggettati ad uso generoso di siero, constatando in essi un miglioramento rapido della malattia susseguito da guarigione assoluta in un periodo di tempo oscillante tra venti e quaranta giorni. I risultati ottenuti da Spolverini erano troppo incoraggianti per esimersi dal seguire il suo esempio e per poterlo additare, dopo gli indiscutibili vantaggi da me ottenuti, a coloro che tuttora persistono nella diffidenza di fronte a tale metodo terapeutico.

Del caso da me osservato, che presenta molta affinità con quelli pubblicati dallo Spolverini stesso nella *Rivista di Clinica Pediatrica* del dicembre 1919, scaturiscono, come vedremo, alcune importanti considerazioni pratiche che ci stimolano a perseverare nello studio dell'importante argomento per poter formare del trattamento siero-terapico la base curativa veramente razionale delle paralisi post-difteriche.

Si tratta dunque di un bambino di tre anni, che non presenta dati ereditarii morbosi di importanza. A 20 mesi fu colto da bronco-polmonite influenzale; successivamente sofferse di enterite follicolare di breve durata e di varicella senza complicanze. Il 2 aprile si ammalò improvvisamente con febbre a 40° e con un'affezione tonsillare, che interpretata dapprima come forma follicolare confluente, venne poi clinicamente riconosciuta per difterite faringea confermata dal reperto batteriologico delle pseudomembrane, che formatesi rapidamente sulle tonsille, invasero i pilastri e l'ugola determinando tumefazione piuttosto intensa delle ghiandole linfatiche sottomascellari. A causa dell'errore diagnostico iniziale si intervenne con la sieroterapia antidifterica soltanto in terza giornata di malattia, e poichè la febbre cadde subito dopo la prima iniezione con notevole miglioramento delle condizioni generali, così si ebbe anche l'imprevidenza di non assoggettare il piccolo paziente a dosi massive di siero, essendogli state iniettate in tutto il corso della malattia soltanto 4000 U. I.

In 8ª giornata il bambino fu alzato dal letto già convalescente, ma verso la fine della settimana si manifestò paralisi del velo pendolo, e dopo qualche giorno comparvero fenomeni di adinamia cardiaca con qualche intermittenza ed esagerata frequenza del polso che divenne assai depressibile.

Tali fatti cedettero completamente dopo aver messo il piccino a riposo assoluto e mediante la somministrazione di cardiocinetici.

Il 7 maggio, e cioè dopo 36 giorni dall'inizio dell'infezione difterica, incominciarono a manifestarsi fenomeni di miastenia agli arti inferiori, poichè l'infermo si sosteneva male in posizione eretta cadendo facilmente al suolo se non veniva sorretto. Dopo 2 o 3 giorni si delineò nettamente il quadro di una paralisi degli arti stessi, tantochè i movimenti attivi delle gambe divennero assolutamente impossibili. Iniziai subito la somministrazione di solfato di stricnina per bocca associandovi una cura di fosfometilarsinato di ferro, dato il grave stato oligoemico cui il piccolo paziente era andato incontro. Nei giorni seguenti completai la cura anzidetta con bagni caldi di acqua di mare, piuttosto prolungati, e con massaggio.

All'esame del sistema nervoso rilevavasi modico strabismo convergente e lieve ptosi palpebrale; abolizione dei riflessi rotulei ed achillei; Babinski assente; sensibilità conservata. Dopo pochi giorni il quadro generale, col progredire dei fatti paralitici, si aggravò considerevolmente, poichè il bambino divenne profondamente apatico, quasi indifferente al mondo esterno, e la sua fisionomia, incerta e priva di espressione, denotava uno stato di profonda intossicazione, mentre egli continuava a non poter compiere nemmeno un passo ed a non potersi sorreggere in piedi. I fenomeni di paralisi del velo pendolo quasi mai rimasero stazionari, ma subirono alternative di miglioramento e peggioramento nello spazio di pochi giorni. Il polso divenne nuovamente assai frequente e depressibile. Nell'ingestione di liquidi il bambino era colto da tosse insistente e tormentosa, per quanto nei movimenti di tosse non compiesse alcuno sforzo.

Il 24 maggio le sue condizioni generali si fecero addirittura allarmanti. Durante la notte ebbe viva irrequietezza, insonnia, vomito biliare e diarrea, ed al mattino seguente si manifestarono gravi fenomeni di collasso con intenso pallore del volto, sudore freddo, tachicardia accentuata ed abbassamento del tono della voce.

Dopo aver praticato varie iniezioni eccitanti le condizioni generali andarono sensibilmente migliorando, pur persistendo la nausea, l'insonnia e l'irrequietezza. Ma il 26 maggio lo stato del cuore divenne di nuovo minaccioso, e la tosse prodotta dall'ingestione di liquidi si fece più insistente ed oltremodo ostinata, per cui fu necessario sospendere persino l'uso del latte, di cui non poteva deglutire nemmeno un cucchiaino senza andar soggetto a gravi molestie.

Fu allora che, in considerazione del notevole e persistente peggioramento cui il bambino andò incontro, nonchè della completa inefficacia della terapia adoperata, fui indotto a ricorrere, sebbene molto tardivamente, ad un ultimo tentativo, e cioè ad un trattamento sieroterapico a dosi generose. E così la sera del 26 maggio, allorquando la nutrizione del piccino era divenuta quasi impossibile ed i fenomeni di debolezza del cuore si facevano ancora più imponenti per l'intossicazione grave del miocardio, decisi di iniettare in primo tempo 3000 U. I. di siero antidifterico Sclavo. Durante la notte fu insonne ed irrequieto perchè ancora tormentato da tosse insistente; l'esame dell'apparato respiratorio fece peraltro escludere qualsiasi localizzazione bronchiale o bronco-polmonare. Il giorno seguente però potei constatare nel piccolo infermo un primo segno evidente di miglioramento, consistente nella notevole diminuzione della tosse nell'ingerire i liquidi, tantochè la nutrizione cominciò a compiersi con minore difficoltà potendosi ricominciare anche l'uso del latte che, per le ragioni suaccennate, era stato abolito.

La deambulazione però era tuttora impossibile, ed il piccino non si reggeva in piedi se non veniva sorretto; inoltre egli era assolutamente incapace di passare dalla posizione supina a quella seduta.

Il 28 maggio il miglioramento si fece anche più manifesto; infatti la deglutizione dei liquidi cominciò a rendersi possibile e la tosse si fece più rara ed assai meno molesta. Ma ciò che più importa, notai una diminuzione abbastanza spiccata della frequenza dei battiti cardiaci; i toni si fecero più netti ed il polso divenne valido. Anche la voce apparve più chiara con l'aumentare del tono di essa.

Incoraggiato notevolmente da questo rapido miglioramento verificatosi dopo la prima iniezione di siero, ne inoculai altre 3000 U. I.

Il 29 maggio la voce, il cui tono era divenuto pressochè normale, non presentava più il caratteristico timbro nasale. Il bambino non si reggeva ancora da sè in posizione eretta, ma se veniva sostenuto poteva compiere qualche passo per una maggiore coordinazione dei movimenti volontari. Il mattino seguente, dopo aver riposato tranquillamente tutta la notte, egli si destò abbastanza vispo, chiacchierando a lungo con la mamma; era ormai scomparso quello stato di apatia e di indifferenza che nei giorni precedenti davano al bambino quasi l'aspetto di un demente. Continuò pure un miglioramento sensibile nel camminare, allorquando veniva sorretto. Ricomparve a destra il riflesso patellare. Alla sera iniettai altre 3000 U. I., ed il 2 giugno praticai una quarta iniezione di 3000 U. I. In tal modo, nello spazio di una settimana il bambino ebbe complessivamente 12000 U. I.

A questo punto non ritenni opportuno insistere con nuova introduzione di siero, poichè il miglioramento divenne permanente e decisivo, ed il bambino nei giorni seguenti ricominciò ben presto a camminare, dapprima col sostegno di una mano, e poi gradatamente senza alcun appoggio, tantochè il 17 giugno, e cioè dopo soli 22 giorni dall'inizio del trattamento siero-terapico, la paralisi degli arti inferiori potè risolversi del tutto, residuandone solo per qualche giorno un lieve grado di debolezza muscolare delle gambe che fu vinta

facilmente mercè una buona nutrizione associata ad una cura tonico-ricostituente.

Il caso suddescritto si presta indubbiamente ad alcune importanti considerazioni di indole pratica sulle quali interessa richiamare l'attenzione del lettore.

Non si può anzitutto negare che nel nostro piccolo infermo il trattamento sieroterapico ha dato risultati veramente brillanti.

La benefica influenza spiegata dal siero sul decorso della paralisi si deduce principalmente dai seguenti fatti:

1° Il siero anzitutto contribuì a combattere i gravi fenomeni di adinamia cardiaca, producendo una diminuzione rapida della frequenza del polso e regolarizzando il meccanismo della circolazione per effetto della sua azione antitossica sul miocardio.

2° Esso dileguò prontamente i fenomeni intercorrenti manifestatisi a carico del velo pendolo, i quali avevano assunto negli ultimi tempi un decorso ostinato e grave fino ad ostacolare la nutrizione del bambino.

3° Abbreviò indubbiamente la durata della paralisi degli arti inferiori, la quale mostrandosi ribelle alle cure ordinarie, aveva assunto una certa tendenza a stabilizzarsi.

Certo, nel caso particolare gli ottimi resultati ottenuti col siero furono agevolati dal fatto che il bambino allorquando venne colto da infezione difterica era stato sottoposto a scarso trattamento antitossico perchè gli furono iniettate complessivamente solo 4000 U. I. Inoltre è probabile che il bacillo difterico, annidatosi nel cavo naso-faringeo abbia continuato per un certo tempo ad elaborare nuove tossine, spiegandoci così la variabilità dei fenomenti clinici a carico sopratutto del miocardio e del velo pendolo; ed anche in tali condizioni credo che il siero debba corrispondere più efficacemente di quando le tossine sono già stabilmente fissate sugli elementi nervosi.

Comunque furono sufficienti 12.000 U. I. per ottenere la risoluzione completa ed abbastanza rapida dei gravi fenomeni osservati, mentre alcuni clinici, specialmente francesi, a capo dei quali sta il Comby, si sono in certi casi spinti a dosi eccessive raggiungendo persino 30.000-50.000 U. I.

L'intervento sieroterapico intensivo dunque, per combattere le paralisi post-difteriche tardive, per quanto non sia ancora ammesso da tutti, deve essere nondimeno preso in seria considerazione sopratutto nei casi a decorso grave, come quello di cui trattasi, dati gli ottimi risultati che talora se ne possono conseguire e che dimostrano chiaramente l'efficacia di tale trattamento terapeutico.

IGIENE.

Igiene della bocca.

Per chi voglia indagare fin dalle più remote origini il movimento della igiene e profilassi boccale conviene soffermarsi sulle opere dei Maestri delle scuole italiche. Arnoldo da Villanova (1270) che insegnò alla scuola di Salerno, nel suo secondo Apoftegma, insiste sulla pulizia dei denti.

Tadeo d'Alderotto che si diplomò alla scuola di Bologna e che alla fine del duecento era insegnante alla Scuola dell'arte dei Medici e degli Speziali ed ebbe a discepolo l'Alighieri lasciò scritto così in un Codice Laurenziano «E neterà i denti e le gengie con cortecce d'albero odorifero». Era questa la pulizia mattinale. «E quando ti leverai da mensa laverati otimamente le mani che non vi rimanga nulla sozzura, perchè molto nuoce alla faccia e agli occhi, e anche risciaqua la bocha che non vi rimanga nulla limosità di çibo, perchè la bocha e i denti se ne choronperebono e renderebono mal fiato».

Altre norme e consigli si rinvengono nelle opere di Eustachio, Marinello, Michele Savonarola, Agnolo Fiorenzuola e se volessi riportarne i pensieri che collimano con i sopracitati andrei oltre il limite d'un articolo.

«Passando in rivista», scrive il Prinz, «i più importanti eventi della evoluzione storica della patologia e terapia stomatologica ci dobbiamo essenzialmente fermare al progresso ottenuto nella profilassi orale».

I denti della presente umanità per un complesso di fattori, che sarebbe lungo esaminare, presentano tali difetti strutturali che è quasi possibile leggere su di essi la storia della vita biochimica e particolarmente la prenatale e l'infantile. L'igiene perciò della bocca e la profilassi sono, come si esprime il Kells, l'architrave della stomatologia moderna.

La profilassi orale è essenzialmente praticata dagli specialisti ed involge naturalmente tutta la somma delle conoscenze della branca. L'igiene invece della bocca si pratica da ogni singola persona.

L'uso vigoroso degli organi della masticazione, la scelta di adatti alimenti che aumentano le misure protettive e specialmente la secrezione della saliva che in condizioni normali è una debole soluzione alcalina contenente fermenti e mucina. La respirazione di aria pura ed ossigenata, la proibizione del fumo, di liquori ed altre pratiche formano una specie di igiene naturale. La quale viene involontariamente praticata dalle umili classi sociali

e specialmente dal popolo che vive lontano dalle urbi. Ed ecco perchè nelle popolazioni rurali si ammirano arcate dentarie sane, bianche e bellissime.

Oltre però questa igiene, v'è quella artificiale. La pulizia meccanica della bocca per mezzo di spazzolini, polveri, paste, stecchini, fili di seta, cotituisce il fondamento della igiene. La gioia di sentirsi la bocca sana e fresca dovrebbe essere generale, ma purtroppo lo spazzolino che comparve al dire del Campani verso il 1750 non è ancora di uso universale. Coloro che non rivolgono attenzione ai propri denti sono al di sotto degli Africani. « Nelle razze dell'Africa centrale », scrive Howel. « gli uomini primitivi puliscono più la bocca che qualsiasi altra parte del corpo. Nelle campagne e nei villaggi s'incontrano migliaia di uomini e donne con al collo un nastrino cui è ligato lo pazzolino: nei distretti privi di acqua ve n'è pochissima per la pulizia personale, qualche volta non più d'una boccata, ma invariabilmente usata come colluttorio per lo spazzolino ».

Mi restringo a trattare le norme pratiche della igiene orale.

La forma degli spazzolini è molto varia ed in commercio ve ne esistono di molte marche alcuni con il manico curvo, altri diritto, alcuni grossi, come quelli presentati dallo Smith, altri piccolissimi come quelli fatti costruire dal Sanazin, alcuni con crini soffici, altri con crini rigidi. L'uso di questi varia secondo l'età del paziente, il sesso, la forma delle arcate, le condizioni della bocca, e le indicazioni vengono date dallo Stomatologo di famiglia. Il Black ed il Fletcher consigliano in linea di massima spazzolini, rigidi e semirigidi, producendo questi sulle gengive, e specialmente sulle linguette interdentali una specie di massaggio, una più intensa iperemia attiva, allo stesso modo con cui gli alimenti solidi agiscono sui denti.

La lunghezza del capo dello spazzolino non deve per regola eccedere i quattro centimetri e la larghezza non deve eccedere un centimetro. Sul sostegno vi debbono essere da tre a quattro filiere di crini, disposti in ciuffi più o meno rotondeggianti. La superficie spazzolatrice deve essere leggermente obliqua, dal colletto all'estremità, e convessa trasversalmente.

La scelta del dentifricio deve essere molto accurata esistendovene in commercio una quantità adulterata e contenente moltissimi germi, come ha dimostrato il nostro Rovida.

Un buon dentifricio deve avere le seguenti proprietà: non deve essere caustico per le membrane mucose e decalcificante per le strutture dentarie, non deve essere velenoso per lo intero organismo e non deve inibire la secrezione salivare o alternarne la reazione e distruggerne i fermenti. Vi sono in commercio dentifrici solidi, liquidi e pastosi e le industrie chimiche italiane ne producono di ogni specie; io dò la preferenza alle polveri.

Trascrivo intanto le formule migliori:

Carbonato di calcio precipitato	gr.	100
Carbonato di magnesio	»	35
Radice di iride polverizzata	»	50
Essenza di menta piperita	»	1

f. polvere dentifricia.

Carbonato di calcio	gr.	20
Alcool	»	20
Glicerina	»	25
Acido citrico	»	2
Olio di eucalipto	»	2
Olio menta	»	2
Saccarina	»	1/2
Timolo	»	1/4

f. pasta dentifricia.

Tra i saponi dentifrici trascrivo la formula di Bergman:

Sapone trasparente alla glicerina	gr.	50
Zucchero	»	25
Alcool	»	20
Acqua	»	10
Olio di menta	»	1

Si sciolga nell'alcool il sapone e lo zucchero.

Più che l'azione del farmaco interessa l'azione meccanica, la confricazione, la fregagione, la rimozione dei detriti alimentari, delle placche gelatinoidi sotto cui nidificano i batteri acidificanti che sono la causa determinante della carie, e le spirochete e gli spirilli che probabilmente sono la causa predominante della piorrea alveolare.

Per la tecnica dello spazzolamento vi sono quattro metodi. Il metodo dell'avvolgimento che ha la precedenza sugli altri consiste nel situare lo spazzolino sulla superficie articolare con i crini rivolti in su per i denti superiori ed in basso per gli inferiori e nel volgerlo verso la gengiva. Si puliscano così prima la superficie vestibolare, poi la palatina e linguale. Le superficie degli incisivi e canini si puliscono piazzando lo spazzolino in direzione parallela alla lingua. L'arcata superiore si pulisce separatamente da quella inferiore. Un secondo metodo è il verticale che consiste nel pulire da un fornice all'altro per le superficie vestibolari. Il metodo circolare consiste nello imprimere allo spazzolino un movimento rotativo. Il metodo vibratorio consiste nel situare lo spazzolino in posizione orizzontale con il

lungo asse del dente: si puliscono così particolarmente gli spazi interstiziali.

È sorprendente l'ignoranza del paziente sulla manualità dello spazzolino e spesso vi concorre la mancanza dell'insegnamento da parte dell'odontoiatra. E' un dovere assoluto di quest'ultimo che o sui denti del cliente o su figure o su modelli preparati insegni la tecnica. È un gran male che la pulizia dei denti sia fatta più per vanità che per scopo igienico. Molti si contentano, ci si passi l'espressione, di lustrare soltanto le facce anteriori dei denti anteriori. Tanto varrebbe far nulla.

Nello spazzolare i denti bisogna incominciare da un punto definito, per esempio, dalla superficie vestibolare superiore destra. I crini dello spazzolino si debbono puntare tutti sulla superficie dentaria e al manico bisogna imprimere in linea generale un delicato movimento rotatorio usando la propria mano come asse e conficcando i crini fra gli spazi interdentali, così si farà successivamente sui denti anteriori e laterali sinistri.

Per la superficie posteriore dell'arcata, si farà nello stesso modo, tranne per la parte anteriore in cui si userà esclusivamente il metodo verticale cioè dall'alto al basso per i denti superiori e dal basso in alto per gli inferiori.

Per i denti inferiori si userà la stessa tecnica dei superiori. Per la superficie linguale lo spazzolino si passa tra la lingua ed i molari imprimendo un movimento da dietro in avanti non potendosi esplicare un movimento rotativo al di sotto dei margini gengivali per la mancanza di spazio libero. La superficie linguale corrispondente agli incisivi, canini e primi premolari è pulita inserendo i crini quanto più giù si possa.

Il Jones stabilisce che lo spazzolino dev'essere manovrato rapidamente, fissando bene il pollice sul manico quasi in vicinanza dello spazio occupato dai crini. In un corretto spazzolamento dei denti non dovrebbe esservi fuoriuscita di sangue, tranne se vi esiste gengivite.

Gli spazzolini prescritti dall'Adair sono piuttosto piccoli, potendosi così raggiungere gli spazi interdentali specialmente nell' anomalie di posizione.

Recentemente il Merritt ha mostrato di essere fautore dello spazzolamento verticale dei denti e consiglia di spingere lo spazzolino vigorosamente in sopra ed in sotto per quanto permettono le labbra e le guance.

Certo i quattro metodi citati si possono praticare contemporaneamente.

La pulizia dei denti deve essere praticata dopo ogni pasto, tutte le sere, prima di andare a letto, e allo svegliarsi del mattino. Le ragioni sono ovvie. Dopo i pasti è necessario rimuovere i detriti alimentari e favorire la secrezione salivare. La pulizia serale fa diminuire nella notte il lavorio dei bacteri, e dei fermenti e la mattinale rinfresca aera, tonifica la bocca. In un recentissimo convegno di medici Americani uno di costoro ha affermato (non lo ha fatto certo per bello spirito) che il bacio dovrebbe esser dato nel pomeriggio e mai nel mattino, per le condizioni speciali della bocca, trovandosi questa nel mattino in un lieve stato di fetore. L'affermazione contiene certo un po' di verità, ma nella pratica della profilassi igienica orale, anche al mattino la bocca deve essere fresca e pulita.

Non basta però limitarsi alla sola pulizia delle arcate dentarie e della gengive, bisogna anche riguardare quella della lingua. Questa si porta in fuori, si fissa tenendo la punta per un fazzoletto, e la si spazzola da dietro in avanti. Per il palato la tecnica è semplicissima, si strofina dalla porzione posteriore a quella anteriore. Per le anzidette strutture molli non occorre polvere; è sufficiente un po' d'acqua aromatica o una soluzione normale salina.

Anche lo spazzolino di una persona con la bocca sana contiene dopo la pulizia dei denti, milioni di microrganismi. Gli spazzolini perciò al contrario di come spesso si pratica, non debbono mai essere contenuti in bicchieri, riempiti d'acqua, invece debbono tenersi allo asciutto e possibilmente vanno esposti alla luce diretta del sole. Per impedire che lo spazzolino diventi una specie di pallone di cultura, dopo ogni spazzolatura della bocca, dovrebbe essere immerso per cinque minuti nell'acqua bollente.

Oltre a ciò lo spazzolino deve essere rinnovato quando una quantità, sia pure minima, di ciuffettini e di crini, sia contorta o perduta.

In riguardo agli stecchini, questi non debbono essere mai taglienti e troppo grossi. Si usano specialmente dopo i pasti per rimuovere fibre di carni e qualsiasi specie di residui alimentari dagli interstizi. Le spille o altre punte metalliche debbono essere assolutamente vietate, incidendo certamente la gengiva e i legamenti alveolare. Prima dell'uso degli stecchini di legno l'Adair, consiglia tagliarne la punta con le forbici. Quando le gengive sanguinano è segno sicuro che il paziente ha lacerato e continuando ogni giorno la lacerazione si ha certamente lo sviluppo della piorrea.

L'uso dei fili di seta è indicato almeno una volta la settimana per pulire i punti di contatto fra i denti, nei quali di solito si sviluppa la carie. Ai fili non bisogna imprimere mai un movimento violento. Lo Spalding è grande entusiasta di questi fili. In una sua carta illustrativa viene indicato che vi sono 64 superfici interdentali le quali non possono essere raggiunte dallo spazzolino: molte cavità cariose si formano a preferenza su queste che su altre superfici e possono essere pervenute dall'uso dei fili.

Nel X Congresso Italiano di Stomatologia tenutosi dal 1° al 4 ottobre 1921 in Trieste, la Federazione Stomatologica, nominando una commissione per la propaganda igienica orale, ha cercato inculcare i principii fondamentali per una bonifica umana intesa nel senso più largo.

Spetta ora ai Medici continuare l'opera nostra.

BENIAMINO DE VECCHIS.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Deformazione della scissura interlobare nella tubercolosi polmonare.

(F. RIST e P. AMEUILLE. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1921, n. 3).

Nello stato normale l'interlobo ha una direzione fissa, obliqua in basso e in avanti ed una superficie quasi piana: a destra un interlobo secondario, complica la forma generale dello spazio interlobare. Nel corso della tubercolosi polmonare cronica evolutiva, l'interlobo è fatalmente interessato; in un gran numero di casi i suoi due foglietti sono saldati, infiammati iperplasticamente e, sotto l'azione di date regioni polmonari in via di sclerosi retrattile, si deformano.

Dei tre caratteri dell'interlobo dei tubercolosi: saldamento, ispessimento, deformazione, studiano l'ultima dando comunicazione dei risultati alla Società suddetta.

Anatomicamente l'interlobo dei tubercolosi mostra:

1° Un'*ascensione* della scissura nella direzione della lesione, quasi sempre quindi verso l'apice polmonare. Tale ascensione può avvenire in blocco, mentre l'interlobo persiste piano, o parzialmente ed allora si ha:

2° L'incurvazione della scissura con convessità volta verso la lesione più antica: quindi *a cupola* sopra il lobo inferiore.

È evidente che se la scissura è mobile in tutta la sua estensione, lo spostamento avverrà sotto la trazione superiore, in massa attorno al punto fisso costituito dalla sua estremità ilare: se la scissura è fissata da aderenze alla sua periferia, cederà solo la regione centrale e darà luogo all'incurvazione suddetta.

Quest'ultima deformazione è la più frequente per la predilezione della sinfisi pleurale della periferia della scissura interlobare.

Normalmente alla radioscopia l'interlobo non si vede, ma allorchè è ispessito, pur conservando la sua posizione normale, esso diviene visibile nelle condizioni di illuminazione fissate da Béclère:

1° Quando il malato è di faccia ed i raggi investono il torace dal piano dorsale, l'interlobo diviene visibile solo nelle posizioni elevate dell'ampolla;

2° Quando il malato ci volge il dorso è solo nelle posizioni basse dell'ampolla che il suo interlobo appare sotto l'aspetto di una sottile fascia rettilinea.

Nell'*ascensione radiologica dell'interlobo* si vede ordinariamente una marcata opacità della maggior parte del lobo superiore: questa opacità presenta in basso un limite netto che coincide press'a poco per la sede e la direzione probabile di un interlobo patologico.

Nell'*incurvazione radiologica dell'interlobo* sia visto dorsalmente che ventralmente, l'interlobo appare non più rettilineo, ma incurvato con convessità superiore, concavità inferiore ed estremità tanto più ravvicinate quanto più è piccolo il raggio d'incurvamento dell'interlobo: al di sopra si vedono i segni delle lesioni polmonari del lobo superiore. È questa incurvazione chiamata dagli AA. i. *frontale* delle scissura per distinguerla dalla *incurvazine sagittale* che nettamente spicca in un taglio sagittale e che corrisponde alla curva che descrive la scissura fra il suo estremo anteriore sottomammario ed il suo estremo posteriore dorsale.

Per rendere visibile tale incurvamento i raggi non hanno bisogno di essere obliqui, ma tangenziali alla porzione della curva più vicina all'orizzontale: in tali condizioni sulle immagini radiologiche dei polmoni si vedranno dall'alto in basso prima i segni più o meno accentuati delle lesioni sopra scissurali, poi la linea opaca della scissura quindi al di sotto di questa, marmorizzazioni, talora immagini cavitarie che paiono appartenere al obo

inferiore ma che il controllo anatomo-patologico, e l'esame con illuminazione laterale mostrano spesso appartenere al lobo superiore.

Gli autori notano che la scissura interlobare, normalmente, è sottoposta a forze antagoniste che la mantengono in posizione di equilibrio per mezzo dei due sistemi diaframma (inferiormente) sistema delle costole superiori (superiormente); se il parenchima del lobo superiore diviene più rigido e meno estensibile sotto l'influenza di un processo patologico, l'equilibrio si rompe, ed a ciascuna inspirazione la scissura è attratta in alto.

I fatti esposti facilitano l'interpretazione di alcune immagini toraciche osservate in tubercolosi e dimostrano:

1° che l'ascensione e l'incurvazione dell'interlobo indicano una sicura tendenza dell'evoluzione anatomica della tubercolosi; sembra infatti che le varietà più deformanti sono quelle in cui la lesione ha tendenza maggiore alla sclerosi;

2° che sono da attribuirsi a lesioni del lobo superiore delle marezzature che possono apparire in abbondanza nella regione infrascissurale e che l'illuminazione laterale ben determina.

Volgendo tali nozioni all'anatomia della tubercolosi cronica polmonare evolutiva, gli AA. enunziano che:

1° Un focolaio tubercolare proveniente da una sola *poussée* (iniziale o evolutiva secondaria) si localizza in generale interamente in un solo lobo polmonare: le *poussées* evolutive obbediscono alla *legge della limitazione lobare*.

2° Affermando che le *poussées* evolutive vanno incontro alla limitazione lobare, non si deve ammettere però che ogni *poussée* evolutiva interessi necessariamente un lobo: dessa può occupare la metà, un terzo, o meno del lobo. Esiste perciò un *rapporto fra volume e tendenza evolutiva*: un focolaio, si può dire come regola generale, di tubercolosi che evolverà e formerà una *carriera clinica*, specie se si tratta di un focolaio iniziale, avrà quasi necessariamente un'estensione assai considerevole lobare e emilobare;

3° La lesione tubercolare iniziale dell'adulto, come le altre lesioni evolutive sono *anatomicamente di natura pneumonica*, cioè costituite da una polmonite tubercolare: ulteriormente questa si diffonde o si sclerosa secondo i casi e secondo le regioni.

MONTELEONE.

CHIRURGIA.

Tumore del cavo di Meckel.

(P. MARIE, H. BOUTTIER e I. BERTRAND. *Revue Neurologique*, 1920, n. 10).

In una donna di 31 anni apparve, bruscamente e senza dolore, una anestesia nel dominio del trigemino di destra, la quale costituì il solo sintomo morboso per circa due anni.

Di poi nello spazio di tre mesi notaronsi successivamente disturbi della deglutizione, della motilità, dell'equilibrio statico, con disturbi motori e piramidali predominanti nettamente a destra e disturbi mentali; riso e pianto spastico. Tali disturbi infine aumentarono rapidamente e divennero talmente accentuati che la stazione eretta divenne impossibile. Al principio del 1920 cadde in coma, con scomparsa delle contratture e dei riflessi tendinei. Presentò lieve congestione polmonare e morì, senza presentare segni di reazione meningea.

All'autopsia, dopo aver sezionato i peduncoli cerebrali, si cadde su di un tumore bilobato, di cui la parte anteriore si trovava nella fossa media, occupante tutto il cavo di Meckel, legata alla parte posteriore da un peduncolo assai ristretto, che sorpassando il foro ovale comprimeva il peduncolo cerebellare medio di destra e il lobo cerebellare corrispondente.

L'ala dello sfenoide era molto assottigliata, ma non perforata. Tra l'osso rarefatto e il tumore nessuna traccia delle radici del trigemino e del ganglio di Glasser. Il III, il IV e il V paio di nervi cranici non inglobati. All'esame istologico si rilevò un neoplasma di natura connettivale mista; un angio-fibro-sarcoma, presentando segni di infiammazione reattiva.

Nel tronco cerebrale, esaminato a diverso livello, per precisare le degenerazioni, prodotte dalla compressione neoplastica, si trovarono distrutte: le fibre trasversali ponto-cerebellari, costituenti la gran parte del peduncolo cerebellare medio di destra. (Nessuna traccia dell'entrata del trigemino a questo livello).

Le fibre più anteriori del fascio piramidale anteriore destro; le radici del trigemino di destra. Inoltre si trovò un focolaio di rammollimento assolutamente protuberenziale, distruggente la gran parte delle vie piramidali di destra; una degenerazione bilaterale e molto incompleta delle due vie motrici principali, nel loro tratto bulbo-midollare e delle sensitive del trigemino destro, al cui posto si trovarono numerosi nodi di nevroglia, che fu impossibile seguire al di là della sostanza gelatinosa e dei

nervi sensitivi bulbari. I nervi motori del trigemino nelle parte protuberenziale erano normali. Nello spessore degli emisferi nessuna lesione. Le cellule corticali compresse specie nel lobo sfenoidale. La corteccia aveva aspetto lamelliforme; le cellule piramidali scomparse e sostituite da nevroglia. L'ipofisi, pressochè in contatto diretto col neoplasma, presentava delle reazioni apprezzabili; nel lobo posteriore una voluminosa cisti, a contenuto colloide. Interessante è qui confutare i risultati dell'autopsia e dell'esame clinico.

In una comunicazione precedente gli AA. fecero diagnosi di compressione protuberenziale e cerebellare, facendo rimarcare che l'assenza delle paralisi oculari, della stasi papillare, dei disturbi circolatori, dei vomiti e dei caratteri vaghi di cefalea imponevano una certa riserva. L'autopsia ha confermato questa ipotesi diagnostica. Pur tuttavia è da notarsi che questo tumore è del tutto differente dai tumori classici dell'angolo ponto-cerebellare e trovasi alle dipendenze del cavo di Meckel, mentre ci mostra ancora una volta di più come può essere incompleta la fenomenologia dei tumori intracranici anche voluminosi. (Assenza di paralisi oculari, del vomito, della stasi papillare, della cefalea). Infine deve tenersi sempre presente l'associazione di lesioni vascolari con la neoplasia, quando alcuni sintomi paiono inesplicabili con la sola compressione, e i rammollimenti creanti senza dubbio un ufficio importante nell'aggravamento dei sintomi. Ma l'anestesia non dolorosa del trigemino ci sembra uno dei caratteri più istruttivi di questa osservazione anatomica e mette in evidenza l'importanza diagnostica e prognostica di una anestesia del trigemino in assenza di ogni fenomeno doloroso.

In un articolo di M. Sicard insiste sul valore di una anestesia non dolorosa del trigemino, per la diagnosi di localizzazione bulbo-gangliomare e cita tre casi, con ganglio di Glasser integro e distruzioni delle radici bulbo-ganglionari, nel cui decorso gli ammalati non avevano affatto sofferto nella regione del trigemino.

In questo caso però v'è di nuovo, che v'è non solo la distruzione delle radici bulbo-ganglionari, ma anche dello stesso ganglio di Glasser e purtuttavia l'ammalata non accusava alcun dolore nel dominio del trigemino; e ciò ci pare, nello stato attuale delle nostre conoscenze degno di esser rilevato.

FAUSTO AMANTEA.

Sarcoma primario dell'appendice: ostruzione intestinale acuta.

(I. GOLDSTEIN. *Am. Journ. of the med. Sc.*, giugno 1921).

Si conoscono circa 325 casi di tumore maligno primitivo dell'appendice. Milner e Orth però credono che alcune formazioni simili a carcinomi sono proliferazioni infiammatorie endoteliali. Il sarcoma primario dell'appendice è una grande rarità, poichè non se ne conoscono che 8 o 9 casi certi, e pochi altri dubbi. Il primo caso di tumore maligno dell'appendice fu descritto da Thiersch nel 1882; era un adenocarcinoma.

Il primo caso di sarcoma primitivo autentico fu descritto da Hastings Guilford nel 1893, in una giovane maritata di 27 anni, soggetta a costipazione; giunse all'intervento dopo tre coliche appendicolari, e dopo l'escissione del cieco guarì. Si trovò nell'appendice una concrezione, circondata da un sarcoma; vi erano segni di flogosi cronica di vecchia data intorno all'appendice. L'A. enumera poi rapidamente gli altri casi. Non è rara la concomitanza dell'appendicite cronica, sia pei sarcomi che per altri tumori maligni: questi sarebbero secondari alla flogosi secondo Wohl e Zaaijer, ma potrebbero anche esserne cagione, secondo White e Waland.

I casi certi erano in prevalenza sarcomi a piccole cellule rotonde, forse linfosarcomi; i casi dubbi furono descritti come sarcomi endoteliali, e come fibrosarcomi, ciò che lascia adito al dubbio dell'origine infiammatoria, anche pel rimanente reperto.

Il sarcoma ha una prognosi peggiore del cancro per la maggiore facilità di recidive e di metastasi, secondo Wohl: in entrambi i casi si tratta generalmente di pazienti assai giovani, in prevalenza donne. I linfosarcomi, nell'appendice, come in tutto il canale alimentare, hanno origine dalla sottomucosa.

L'A. ricorda poi numerosi casi di tumori e cisti dell'appendice, che trae da un lavoro di Hugh Crouse. Conclude che la diagnosi di sarcoma dell'appendice non è possibile nei primi stadî: la sintomatologia è quella di una appendicite. La prognosi postoperatoria è migliore se il tumore è presso l'estremo distale, e se non vi sono trapianti glandolari, che vanno sempre ricercati con cura, ed asportati insieme con l'appendice, se vi è qualche sospetto di malignità.

L'A. riferisce il caso di una donna ventisettenne, che si lagnava da parecchi anni di disturbi gastrointestinali, e negli ultimi mesi

era assai dimagrita. Negli ultimi quattro e cinque anni aveva avuto parecchie coliche appendicolari.

Il 27 settembre 1919 ebbe un nuovo accesso doloroso, con febbre alta, polso frequente, addome disteso, spiccata sensibilità e difesa sulla fossa iliaca destra. Per due giorni vomito persistente e alvo chiuso tanto da far pensare ad un'ostruzione intestinale acuta. Il 30 settembre fu operata: si trovò una massa che involgeva l'appendice e parte del cieco: l'appendice fu tolta ma il cieco non fu toccato. Fu recisa poi una briglia che comprimeva l'intestino, che minacciava necrosi per un tratto di circa 30 cm., ma riprese aspetto normale con impacchi di soluzione fisiologica calda. Per lo stato di debolezza dell'inferma non si ritenne opportuno fare altro: la ferita fu suturata. La paziente guarì, e dopo otto mesi stava bene, benchè non avesse riacquistato il primitivo peso, e persistesse qualche disturbo gastro-intestinale. Non si notava alcuna intumescenza nella fossa iliaca destra, non tosse nè sindrome mediastinica, non si palpavano linfoghiandole ingrossate.

L'appendice estirpata mostra un ispessimento della parete, e verso il meso un nodulo che quasi ostruisce il lume per compressione: occupa la sottomucosa e la muscolare. Questo nodulo sembra a limiti netti ma non è incapsulato, è costituito da piccole cellule rotonde a tipo linfocitico, non disposte secondo una speciale struttura, infiltranti i tessuti profondi. Il tessuto linfoide è particolarmente abbondante in tutta l'appendice. Il nodulo non mostra follicoli e seni linfatici, ma un delicato reticolo linfadenoide; le cellule somigliano a piccoli linfociti, ma qua e là vi sono cellule linfoidi grandi, alcune fusate, piccoli fibroblasti, ed anche qualche eosinofilo: i capillari sanguigni sono piuttosto abbondanti.

L'A. ritiene che si tratti di un'infiammazione cronica dell'appendice, ma crede che il nodulo descritto sia un vero sarcoma linfadenoide e non già un nodo linfatico aberrante.

Ricorda poi un caso di Rohdenburg (sarebbe il primo caso descritto di linfosarcoma primitivo dell'appendice), un caso di Brin Kucann (sarcoma primitivo della valvola ileocecale, con parziale ostruzione intestinale, diagnosticato per appendicite), un caso di Brill (sarcoma primitivo del duodeno, che scompare spontaneamente), e un caso di Stengel (grande sarcoma primitivo dello stomaco, le cui pareti erano spesse oltre 7 cm.). Raccomanda di far sempre l'esame istologico delle appendici estirpate, onde non sfuggano eventuali neoplasie.

DORIA.

NEUROLOGIA.

Sull'etiologia e la patogenesi della sciatica.

K. PETRÉN e E. OTTERSTRÖM. *Acta med. Scand.*, 5 dicembre 1921.

Gli AA. ricordano alcune recenti teorie patogenetiche, che però sono ancora *sub judice*. Alcuni casi di sciatica dipenderebbero da un'affezione dei muscoli glutei, con interessamento secondario del nervo; in questi casi la pressione sul muscolo è più dolorosa che sul nervo (Petrén, Yawger, Helweg). Per Dejérine la sciatica dipenderebbe quasi sempre da una radicolite, spesso luetica. Per Kahlmeter ed altri la sciatica dipenderebbe sovente da deformazioni della colonna vertebrale. Gli AA. hanno sottoposto a critica quest'ultima teoria, ed hanno esaminato radiologicamente 80 casi di sciatica. Solo dieci presentavano lesioni vertebrali di qualche entità: forte escavazione della doccia circolare dei corpi vertebrali, grossi osteofiti; di questi solo quattro presentavano diminuzione di altezza di una o più vertebre lombari, o dei relativi dischi intervertebrali, o ponti ossei tra le vertebre lombari o tra la V^a lombare e il sacro. In 25 casi vi erano minime alterazioni della colonna. Orbene, da statistiche compilate da Kahlmeter e dagli AA. sulla scorta di ricerche radiografiche ed anatomo patologiche, risulta che dal 5 al 17 % dei normali e forse più presentano piccole alterazioni delle vertebre lombari. Inoltre quei casi di sciatica che presentavano più gravi lesioni di spondilite deformante ebbero lo stesso favorevole decorso degli altri.

Pertanto gli AA. concludono che alla spondilite deformante per sè sola non si può dare gran peso nell'etiologia della sciatica.

Essi hanno praticato in 49 casi la puntura lombare, che, contrariamente a quanto poteva temersi, non accrebbe il dolore.

Il liquor si mostrò normale in 47 casi, salvo un certo aumento di pressione, che in 12 casi superava i 160 mm. Solo in un caso 4 linfociti per mmc: in alcuni casi fu estratto liquido lievemente emorragico, talora con emazie spinose, ma poichè il liquido centrifugato era incolore, e Froin ha mostrato che le emazie nel liquor possono divenire spinose assai rapidamente, gli AA. ritengono trattarsi di emorragie provocate dalla puntura.

In un caso che presentava segni di neurite sciatica sinistra (assenza del patellare) ma nessun sintomo di malattia del sistema nervoso centrale, salvo un accenno al Romberg, che presto scomparve, la Nonne fu positiva, mentre la Wassermann fu negativa e non v'era linfocitosi: pressione una prima volta 170 mm.

un mese dopo 270 mm. Gli AA. pensano che non si possa escludere una sifilide meningea.

Un altro caso, di sciatica bilaterale, aveva nel liquor 28 linfociti per mmc. Nonne fortemente positiva, Wassermann negativa nel sangue e nel liquor. Pressione di questo 205 mm. Nessun altro segno di sifilide, radiografia della colonna vertebrale negativa. Dopo un mese reperto quasi identico del liquor, dopo un mese e mezzo, al termine della cura di frizioni mercuriali, ioduro e aspirina, pressione del liquor 160 mm. linfociti 5, Nonne leggermente positiva. Questo, ed un altro caso di sciatica che non si giovò delle cure antireumatiche, ma di quelle antiluetiche, praticate dopo il reperto del liquor (press. 190, linfociti 7, Nonne fortemente positiva, Wassermann negativa) inducono gli AA. a ritenere che la sciatica è spesso una conseguenza della lues. Non mancano casi di luetici conclamati, guariti da una sciatica sopraggiunta, mercè una cura antisifilitica.

Molti altri autori hanno trovato un frequente aumento della pressione, del tenore in albumina, e della linfocitosi del liquor e Nonne positiva: e questo reperto, secondo gli AA., avrebbe, per la diagnosi di sciatica da radicolite luetica assai più valore che le zone di anestesia a tipo segmentario indicate dal Dejérine. Anche nelle sciatiche volgari non luetiche si trova spesso lieve ipertensione e lieve aumento dell'albumina nel liquor, ma sebbene il fatto non sia di facile spiegazione, gli AA. non credono dovervi annettere importanza diagnostica: il più sicuro indizio della natura luetica dell'affezione è la ipercitosi, anche lieve.

DORIA.

TERAPIA.

Sei anni di mesotorioterapia del cancro dell'utero.

Negli «Atti della Società Italo di Ostetricia e Ginecologia del 1920» vengono esposti i risultati che Artom di S. Agnese ha ottenuto nelle numerose applicazioni di mesotorio eseguite nella Clinica Ostetrico-ginecologica di Roma in cancri dell'utero, dal 1914 al 1920.

L'A. premette alcune nozioni di tecnica. Parla di *guarigione primaria* quando siano passati da tre a sei mesi dalla fine della cura, cosicchè da tempo siano cessate emorragie, secrezioni, dolori, non vi siano segni di incipienti recidive locali o di metastasi: di *guarigione definitiva* si parla allo stesso titolo della guarigione post-operativa, dopo cinque anni.

L'azione del mesotorio si svolge per mezzo di raggi alfa, beta e gamma, come per il radio; i raggi più penetranti sono i gamma: occorre eliminare i raggi alfa (basta l'involucro contenente la sostanza), i raggi beta (occorrono filtri di alluminio): l'A. usa filtri di ottone nichelato, di alluminio, di avorio rivestiti di ottone nichelato.

Per fissare il preparato e mantenerlo in posto l'A. usa tappi di sughero nei quali un foro contiene un tubetto di mesotorio: il sughero viene poi imparaffinato. Le ricerche dei vari AA. hanno stabilito che vi è convenienza di evitare non solo le dosi massime perchè dannose ma anche le dosi troppo piccole perchè a breve distanza dal focolaio per la forte riduzione dell'intensità finiscono per esplicare sugli elementi neoplastici un'azione stimolante: si è così adottata la dose media di mg. 50 di Ra El.

A proposito dei pericoli e dei danni delle radiazioni nella cura del carcinoma uterino, l'A. ricorda principalmente la possibilità di danni del retto, della vescica, dell'uretere, quella di infezioni e della cachessia da radio. Non sempre tali accidenti sono dovuti ad errori di tecnica: spesso lesioni di organi circostanti si hanno per la già avvenuta infiltrazione della parete dei visceri: le lesioni del retto sono più frequenti di quelle della vescica e dai semplici stati irritativi della mucosa rettale si va alla necrosi della parete che può esser anche tardiva. Tali alterazioni anche se non danno luogo ad esiti molto gravi, sono lente a guarire. È da notare però che con il perfezionamento della tecnica e con la riduzione delle applicazioni vaginali le lesioni viscerali diminuiscono.

Meno frequenti sono le gravi lesioni della vescica: la mucosa vescicale è più resistente ed inoltre la parete vescicale è nella maggior parte dei casi più distante dal preparato che non il retto.

Notevoli sono i pericoli di infezione: essa è di origine locale, poichè l'ulcera neoplastica è terreno che pullula di germi, donde l'invasione batterica. In ogni caso l'insorgenza di febbre, brivido e fenomeni peritoneali, impone la sospensione della cura per molti giorni: è da ricordare, a tal proposito, che le applicazioni prolungate di sostanze radioattive sono talora accompagnate, quasi sempre seguite da fenomeni generali più o meno accentuati: malessere, cefalea, nausea, talora vertigini, vomito, aritmie, mialgie, piccole elevazioni termiche, interpretate come effetto della distruzione e dell'assorbimento di materiali albuminoidi.

Fra le modificazioni degli elementi morfologici del sangue notiamo un forte aumento dei leucociti e precisamente dei neutrofili po-

limorfi, durante alcuni giorni. Gli eritrociti subiscono secondo alcuni modica, secondo altri notevole una diminuzione numerica: parallelamente si comporta l'emoglobina.

La persistenza delle alterazioni del sangue, si ha nei casi in cui il tumore non s'arresta: di qui il valore prognostico dell'esame del sangue.

Tra i primi effetti favorevoli delle irradiazioni sono la cessazione delle emorragie e dei dolori, la modificazione delle secrezioni: le emorragie cessano per molteplici trombosi dei piccoli vasi e per la riduzione della massa del tumore.

I dolori diminuiscono e scompaiono per la distruzione di elementi neoplastici che infiltravano tronchi nervosi o il disfacimento di nodi esercitanti compressione e la scomparsa dell'edema infiammatorio perineuritico: di pari passo procede la diminuzione della massa neoplastica, nel mentre l'ulcera cancerosa assume gradualmente l'aspetto di una piaga in 3-4 settimane. Le condizioni generali migliorano rapidamente appena dissipati i fenomeni di stordimento seguenti la irradiazione, in breve si dissipano tutti segni di insofferenza e di incipiente cachessia.

Premesse queste nozioni l'Artom passa alla esposizione dettagliata dei casi avuti in cura:

Aprile 1914-Aprile 1920: 260 casi.

1° 15 *recidive vaginali di carcinomi del corpo e del collo.*

Di 6 casi: un successo dura da tre anni in donna operata alla Wertheim, irradiata per riproduzione vaginale.

scomparsa di perdite e dolori in un caso curato nel 1918;

due decessi dopo due anni di silenzio sintomatico;

due decessi dopo un anno di notevole miglioramento sintomatico.

Degli altri 9 casi nessuna notizia: essi devono considerarsi morti.

2° 17 *casi di carcinoma della vagina*:

un solo caso è vivente e sano dopo 3 anni;

un caso è vivo dopo due anni e mezzo, ma presenta recidive nel parametrio sinistro.

L'A. nota che la radioterapia dei carcinomi vaginali ha dato, come a lui, anche agli altri risultati insoddisfacenti sempre per la difficoltà di evitare le dosi insufficienti e le necrosi rettali o vescicali.

3° 14 *casi di carcinoma del corpo*:

In tutti la neoplasia non era andata oltre l'utero:

due risultano guariti primariamente da 3 anni;

cinque guariti primariamente da 2 anni; due da 1 anno.

4° *Cancro del collo e canale cervicale*:

Sono 188 casi: è il gruppo più importante non solo per il numero ma perchè effettivamente da tutti il problema della cura del carcinoma genitale femminile si identifica quasi con il problema sulla cura del carcinoma del collo.

Risultati:

Una guarigione definitiva in caso iniziale del 1914:

cinque guarigioni definitive in casi inoperabili del 1914 e primi 4 mesi del 1915;

sette guarigioni persistenti da oltre 3 anni;

undici guarigioni persistenti da oltre due anni;

ventiquattro guarigioni persistenti da oltre 1 anno a 2;

sedici guarigioni persistenti da meno di 1 anno;

cinque morti per malattia intercorrente senza recidiva;

ventotto morti di recidiva.

Un caso del 1917 con attuale carcinosi diffusa.

Trenta casi sottrattisi alla cura dopo una sola applicazione.

Sessanta perduti di vista.

In tali casi complessivamente l'A. ha avuto 8 fistole: 5 retto vaginali; 1 vescico-vaginale; 2 vescico-retto-vaginale.

5° *Tumori ovarici*:

Due casi aderenti ed aperti nel retto: in ambedue miglioramento transitorio.

6° *Irradiazioni profilattiche postoperative*: 24 casi di cui:

sei con guarigione definitiva;

tredici persi di vista;

quattro morti dopo un anno;

uno con attuali riproduzioni nello spessore della cicatrice addominale.

Resa nota la propria statistica l'A. conclude che *le recidive vaginali* dopo operazioni radicali devono essere trattate con le sostanze radioattive pur non avendosi grandi speranze di un successo duraturo: sarà possibile qualche volta avere una guarigione persistente a lungo, mentre nella maggioranza dei casi si potrà ottenere un temporaneo arresto del male.

I carcinomi della vagina dànno risultati in genere non molto soddisfacenti, ed i pericoli legati a queste irradiazioni sono maggiori che non nella cura dei carcinomi del collo. Buoni resultati danno in genere le *irradiazioni post-*

operative. I carcinomi del corpo ancora bene operabili nei soggetti con condizioni generali favorevoli, devono essere operati.

I casi inoperabili *dei carcinomi del collo* e del *canale cervicale* è superfluo dire che vanno irradiati: nessun altro mezzo finora noto può in minimo grado eguagliare ciò che riescono a fare le sostanze radioattive e forse i raggi X, sempre che le pazienti non siano in grado di avanzata cachessia.

MONTELEONE.

DIVAGAZIONI.

L'influenza dell'America nella storia della medicina. (1)

È consuetudine della storia di considerare soltanto gli avvenimenti esterni e collettivi dei popoli, i fatti economici e politici, trascurando invece tutto quel complesso di fattori, che alterano sostanzialmente le condizioni di vita ed influiscono quindi sul principale protagonista, sull'uomo, mutandone, o intensificandone, o abbattendone le energie fisiche e morali. Sotto questo punto di vista, la scoperta dell'America ci appare come l'inizio dell'uomo e della società dell'oggi; per mettere bene in luce questo momento evolutivo, anche lo storico della medicina deve uscire dallo stretto pragmatismo medico e considerare le malattie, non in sè stesse ma in relazione all'uomo ed ai suoi destini.

Il primo contatto dell'Europeo con l'Americano ha deciso dei destini fisici della nostra razza, quasi che le fosche divinità messicane, che avevano profetato la distruzione della nazione Azteca, per opera di uomini bianchi venuti dal mare, attendessero questi allo sbarco per inoculare, nel primo abbraccio, un veleno, la sifilide, che vendicasse fin dal principio le crudeltà non ancora commesse.

Due anni dopo che Colombo aveva messo il piede sulla isoletta americana, la sifilide aveva già raggiunto la Spagna, era passata in Francia, donde scendeva in Italia; a Rapallo si ebbero nel 1494 i primi casi; a Napoli nell'anno dopo, la sifilide scoppiava in tutta la sua intensità, trovando nelle truppe raccogliticce di Carlo VIII un degno veicolo di diffusione.

Grande fu lo stupore destato dall'orrenda e schifosa malattia nei medici, i quali ne riconobbero la contagiosità diretta, e l'assimilarono alla peste, facendone pronostici di remissione, che sembrarono avverarsi. Nel 1520 di fatto, essa mutò carattere; le sue manifestazioni esterne furono meno evidenti e violente, senza che, divenendo latenti, ne diminuissero la virulenza e la gravità.

L'origine americana della sifilide venne sospettata sin d'allora, ma è solo al giorno d'oggi che tale opinione viene accolta dai più; vi è pertanto da muovere un'obbiezione, del perchè tale malattia, che ebbe da noi spiccato carattere contagioso, non si fosse fatta notare dagli europei fra le popolazioni dell'America centrale. La spiegazione ci è data dal fatto che questa, al pari di altre malattie, assume forme diverse quando compare per la prima volta in una popolazione fino allora immune, e quando invece si è già acclimatata; fatti analoghi si sono verificati recentemente fra popolazioni africane, che conoscevano per la prima volta la sifilide, la quale si manifestò fra esse in forma di eruzioni cutanee, e di vera epidemia. Nell'America centrale, invece, la sifilide era endemica, forse da moltissimo tempo, e forse anche meno grave perchè sembra che nei climi torridi, con abbondanti sudazioni, si possa facilmente guarire: ivi, essa è oggidì malattia comune e se ne parla con indifferenza, come di un malessere banale di non grande rilievo. Nei paesi nostri, al contrario, numerose vittime sono state e vengono tuttora immolate, come conseguenza della conquista di quelle terre lontane.

Fin dai primi tempi, si consigliò per la cura di bere decotti preparati con legni dell'America centrale, decotti che si facevano bere caldi ed in gran copia; tale uso, sebbene anche raccomandato da Cardano, Paracelso, H. von Hütten, venne strenuamente combattuto dalla ultra conservativa Facoltà medica di Parigi, perchè tali farmaci non entravano nella medicina galenica; nemmeno oggi si parla più del decotto di guaiaco, sebbene si consumi invece molta salsapariglia, che ha tuttosa i suoi sostenitori, specie nei climi caldi.

Nello stesso anno 1492, gli europei conobbero, sbarcando sul suolo americano, una pianta, destinata a prendere un posto importante nella vita sociale, il tabacco, e con esso il cacao, l'avanguardia delle droghe caffeiniche, il caffè ed il thè. A differenza dell'alcool e dell'oppio, che tendono solo ad abolire le sensazioni moleste, sopprimendo le funzioni cerebrali, tutte queste sostanze stimolano le funzioni intellettuali e chiamano in soccorso le sane energie, che aiutano a sopportare il *taedium vitae;* esse difficilmente diventano veleni, perchè ci mettono in guardia contro la esage-

(1) Da una conferenza tenuta dal prof. Piero Giacosa all'Associazione Italo-Americana.

razione dei loro effetti, al contrario dell'alcool, che tende ad abolire il nostro controllo. Fra questi confortatori poi, il tabacco ha un posto a sè, creando una forma di diletto discreto e silenzioso, avvivando lo spazio inerte e vano che ci sta dinanzi. Diversi vantaggi ci ha poi procurato la conoscenza del tabacco; il processo di preparazione e di utilizzazione delle sue foglie implica una lunga serie di tentativi e di esperienze durante le quali i messicani scopersero la così detta distillazione secca, ora tanto utilizzata dalla chimica industriale; il suo alcaloide, la nicotina, ha permesso di allargare le nostre cognizioni sul sistema nervoso, facendoci isolare il sistema autonomo o parasimpatico, di cui essa è il veleno specifico. Il tabacco costituisce inoltre un forte cespite di entrata nelle casse dello Stato, cespite che è andato aumentando di molto, in quest'ultimi anni, senza produrre i gravi danni, che avrebbe invece dato un corrispondente aumento nel consumo degli alcoolici.

Ma un'altra droga, ben più importante ci ha dato l'America; la corteccia di china o peruviana, che venne da noi conosciuta 140 anni dopo la scoperta dell'America. Diffusa a Roma, per opera dei missionari Gesuiti (donde anche il nome di erba dei gesuiti o dei Padri), se ne rilevarono ben tosto i benefici effetti, sicchè venne largamente usata; nel 1651, un'istruzione agli speziali fissava le norme per l'uso, nel 1659 fra Cavalieri fabbricava a Santa Maria Novella di Firenze l'elisire di china, nel 1663 Sebastiano Bodo pubblicava a Genova un libro dal titolo: *Chinac defensio*. In Francia, invece, il pedante accademismo della Facoltà di medicina era decisamente opposto a tutte le novità americane e Guy Patin si scagliò vivacemente contro « *ces impertinentes nouveautés du siècle* ». Nè valse che, dietro il consiglio del cardinale Mazarino, Luigi XIV, prendesse nel 1649 la corteccia di china, che lo guari dalle febbri; per non smentire la Facoltà medica parigina, la cosa fu messa in tacere. Trent'anni dopo lo stesso Luigi XIV comperava per 2 mila luigi d'oro ed una pensione di 2000 franchi da Talbor, il segreto « *remede anglois* », il quale altro non era che il decotto romano a cui l'accorto speziale di Cambridge aggiungeva del succo di limone. Da allora la china divenne di moda e servì come tema di commedie satiriche e di carmi: fra questi il povero poemetto di La-Fontaine, ricolmo di corbellerie, in cui fra l'altro si attribuiscono al frutto le proprietà terapeutiche. E sì che spunti poetici nella storia della china non sarebbero mancati, non fosse altro rammentando la nobil donna di cui la pianta porta il nome, la contessa di Chinchon, che per la sua grande bontà ebbe da Cacico il geloso segreto del grande farmaco ed ebbe salva la vita dalle febbri che la affliggevano, ovvero narrando le tragiche vicende per cui si poterono trafugare i semi dell'albero gelosamente custodito dai governi sud-americani, per trapiantarli poi in territori sapientemente preparati nelle Indie ed a Giava: nè sarebbe da trascurarsi ai giorni nostri la parte veramente gloriosa che ebbe l'Italia ed il suo calunniato governo, nella grandiosa opera umanitaria della redenzione delle terre malariche.

Altri contributi diede l'Italia per una migliore conoscenza di droghe e farmaci americani; così il Fontana, che a Pisa studiò per primo il curaro, così il Mantegazza che contribuì alla diffusione delle coca. Ed è sempre all'America che noi dobbiamo un altro farmaco, ora risalito in onore, l'ipecacuana, ed un alimento prezioso, la patata.

Grande è quindi stata l'influenza dell'America intesa nel senso del suolo americano e dei primitivi abitanti sulla medicina sia dottrinaria che pratica, sull'uomo, sia sano che malato. Argomento del tutto estraneo sarebbe il considerare il contributo degli americani d'oggi alla medicina, contributo, senza dubbio importantissimo; ma non si può parlare in tal caso di medicina americana, bensì di medicina europea in suolo americano. *Gesta Dei per Francos.*

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI

COHN TOBY. *Leitfaden der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie für Praktiker und Studierende*. S. Karger, Berlin 1920.

Il volume del Cohn è diviso in due parti: nella prima tratta dell'elettrodiagnostica; nella seconda dell'elettroterapia. Alla descrizione degli apparecchi in uso ed a tutte le indicazioni necessarie per bene comprenderne il funzionamento, segue la esposizione dei metodi di ricerca, della tecnica da seguire, dei risultati che si ottengono, e del valore che essi rappresentano per la diagnosi delle affezioni del sistema nervoso e dei muscoli.

Tutte le applicazioni dell'elettroterapia sono svolte ampiamente con speciale riguardo alle indicazioni nelle singole malattie, e con dettagliata esposizione della tecnica da seguire.

TR.

F. NAGELSCHMIDT. *Lehrbuch der Diathermie, fuer Aerzte und Studierenden.* 2ª edizione con 155 illustrazioni. Berlino, J. Springer, 1921. Prezzo Mk. 56, geb. 64.

La diatermia è oggi entrata nel campo pratico, però molti l'applicano senza le nozioni tecniche indispensabili e senza la conoscenza dei pericoli e delle sue controindicazioni. Il trattato del Nagelschmidt può considerarsi completo da tutti i punti di vista. Dopo una estesa e chiara introduzione in cui viene svolta la parte fisica del lavoro, e in cui anche i medici pratici possono orientarsi con facilità, l'A. passa alla trattazione clinica del lavoro colla competenza di un sostenitore convinto di un procedimento terapeutico, a cui si è dedicato da molti anni con successo. L'efficacia della diatermia nei vari processi morbosi è svolta in maniera sistematica; vi sono trattate in modo completo le controindicazioni ed infine vengono descritti i risultati che si ottengono dall'associazione della diatermia con altri procedimenti terapeutici.

La ricchezza delle illustrazioni e delle grafiche facilita molto la comprensione della tecnica e degli apparecchi. P. A.

CLAUBE SABERTON. *Diathermy in medical and Surgical Practice.* Cassel and Company, London 1920. 7/6 sc.

Il merito di questo opuscolo elementare illustrato è di servire di guida agli studenti e ai medici pratici, che desiderano impadronirsi della tecnica della diatermia, metodo che oggi si va sempre più imponendo nella pratica terapeutica sia delle malattie mediche che chirurgiche. Vi sono esposti anche i metodi della ionizzazione e gli altri procedimenti spesso associati alla diatermia.

L'A. svolge anche sommariamente e con chiarezza le indicazioni mediche e chirurgiche di tale metodo di terapia e aggiunge un elenco bibliografico completo per chi voglia approfondirsi dell'argomento. P. A.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Studi clinici e biologici sulla menopausa.

C. Decio, in un interessante articolo sull'età critica (*Folia Gynaecologica*, fasc. IV, 1921) riassume il quadro clinico che caratterizza il periodo climaterico e riferisce di alcune ricerche originali eseguite per lo studio del sistema nervoso vegetativo nella detta età.

I fenomeni che risaltano maggiormente nella menopausa possono distinguersi in:

a) *cardiovascolari*: vampe di calore al capo ed alla parte superiore del tronco talora seguiti da pallore abnorme; intorpidimento degli arti, spasmi vascolari delle estremità, crisi di sudorazione, ronzii agli orecchi, scotomi scintillanti. Tachicardia talora associata ad ansia precordiale, dispnea, dolori alla regione dell'itto, talora a tipo anginoide. Costante è l'ipertensione arteriosa;

b) *respiratori*: alterazioni della mucosa naso-faringea, modificazione della voce; epistassi;

c) *digerenti*: crampi esofagei, vomiti, dispepsia, ipercloridria. Stipsi associata a meteorismo, talora diarree a tipo periodico equivalenti a mestruazioni mancate; abbastanza frequenti le emorragie intestinali. Possono aversi stati congestizi del fegato, periodici e transitori associati a dolenzia dell'organo: un vero ittero della menopausa non è dimostrato;

d) *urinari*: facili cistiti, perdita delle urine;

e) *del ricambio*: per lo più si ha accumulo di adipe sottocute dell'addome. Una rara forma di adiposi climaterica è il morbo di Decum (adiposis dolorosa). L'artrite deformante ed anche la semplice artrite cronica si sono viste svilupparsi col cessare della mestruazione. Mancano esatte ricerche sul ricambio dell'acido urico nell'età critica;

f) *cutanei*: diminuzione di elasticità della cute, formazione di rughe, comparsa di peli al labbro superiore, al mento, alle guance, pigmentazioni, angiomi cutanei; spesso forme di acne, orticaria, exemi umidi, prurito specialmente vulvare;

g) *nervosi*: nevralgie (del trigemino. ischialgie) ostalgie; alterazioni psichiche per lo più sotto forma di psicosi a tipo depressivo, di solito a prognosi infausta.

Per lo studio del sistema nervoso vegetativo l'A. si è servito di reazioni farmacologiche, basandosi sul fatto che esso reagisce nelle sue sezioni in modo diverso a determinati veleni. E cioè il sistema autonomo con eccitazione ai veleni del gruppo della pilocarpina, con paralisi a quelli del gruppo dell'atropina; il simpatico viene eccitato dalle sostanze del gruppo dell'adrenalina, mentre non si conoscono veleni a tipo paralizzante che agiscano su di esso. E sperimentando con i detti farmaci in donne che si trovavano nell'età critica, in altre in cui la menopausa si era già stabilita da qualche tempo, ed in altre con segni clinici di insufficienza ovarica od ovariectomizzate, mantenute nelle stesse condizioni, ed osservandone le modificazioni indotte sui vari sistemi ed in special modo quelle del sistema nervoso l'A. ha potuto stabilire che esiste un'*ipertonia del sistema autonomo in confronto del simpatico*. I fenomeni clinici su esposti trovano facilmente la spiegazione con questo reperto. L'A. inoltre, allo scopo di chiarire meglio il meccanismo col quale si stabilisce e viene mantenuta l'ipertonia, ha voluto indagare il comportamento di alcune ghiandole a secrezione interna nella menopausa. L'iniezione di svariati prodotti endocrini (endovarina, endotiroidina, pituitrina) non permise di giungere ad alcuna conclusione.

Le ricerche fatte sul contenuto di adrenalina nel sangue dimostrarono ancora che non esiste una iperadrenalinemia della menopausa.

Esiste invece una ipercolesterinemia probabilmente dovuta ad una ipertrofia ed iperfunzionalità della corteccia surrenale, ciò che trova conferma nel fatto anatomico.

R. B.

Esiste una mestruazione vicariante?

A. Sippel (*Münchn. Med. Wochenschr.*, numero 52, 1921) la nega. Le emorragie mestruali hanno un'origine e un'importanza strettamente locale; possono venir esagerate od inibite da stimoli locali o generali, in nessun caso però possono essere sostituite da emorragie da altri organi. La mestruazione è preceduta da un aumento della pressione del sangue, che può provocare delle emorragie in organi a queste disposti; queste emorragie precedono la mestruazione e sono del tutto indipendenti da essa.

POL.

L'eclampsia puerperale.

Alle tante cause cui si attribuisce l'eclampsia puerperale, W. Zangemeister (*Deutsche Mediziniche Wochenschr.*, n. 20, 1921) ne aggiunge un'altra: per l'A. è la ritenzione idrica il fattore principale.

L'eclampsia sarebbe l'esito della idropisia

delle donne gravide: tale idropisia, esagerazione di un fenomeno normale, deriva da una alterazione dei capillari la cui permeabilità aumentata porta ad accumulo di acqua nei tessuti.

In un primo stadio, verso la seconda metà della gravidanza, si producono edemi leggieri per lo più perimalleolari, a torto considerati derivanti dalla compressione delle vene del bacino da parte dell'utero. In seguito più o meno rapidamente compaiono edemi più accentuati, raggiungenti principalmente le gambe, la vulva, l'addome, le mani. Questo stadio di idropisia è segnato inoltre da accessi di oliguria, aumento anormale del peso corporeo, da diminuzione di albumina del plasma: manca l'ipertensione arteriosa e l'albuminuria.

A questo stadio succede la nefropatia: la lesione renale, conseguenza delle lesioni vascolari e nei casi gravi dell'edema dei reni, si accompagna a diminuizione più accentuata della diuresi ed a una ascensione anche più rapida del peso: la pressione arteriosa si eleva sempre più e si giunge al terzo stadio caratterizzato dalla compressione cerebrale donde l'eclampsia.

L'eclampsia è preceduta da diversi sintomi precursori: cefalea, vomito, disturbi visivi, dovuti all'anemia dei centri prodotta dalla compressione. Segue quindi l'eclampsia propriamente detta con i suoi accessi convulsivi: l'accesso sarebbe l'espressione di una eccitazione secondaria della corteccia consecutiva all'anemia, eccitazione che si produce allorchè la compressione viene a diminuire bruscamente.

Trattando l'idropisia in questione (non bevande, non sforzi, alimentazione ridotta e così via) l'A. sarebbe riuscito a rendere rara la eclampsia nelle sue malate.

La cura dell'eclampsia proposta dall'A. si allontana poco dal classico trattamento, se si eccettui l'uso della puntura lombare ripetuta per abbassare là tensione intracranica: nei casi di coma l'A. raccomanda la trapanazione decompressiva e l'astensione dal salasso.

M.

Iperemesi delle gravide.

E. Speidel (*The American Journal Obstetrics*, ecc., riferito dalla *Presse medic.*, n. 69, 1921) studia in una breve nota i disturbi digestivi (nausee, vomiti) e nervosi così frequenti nelle partorienti e troppo facilmente considerati dal malato e dai familiari come fatti normali e quasi costanti nel corso della gravidanza.

Si tratta, in realtà, di fenomeni tossiemici più o meno accentuati, nei quali l'acidosi e l'insufficienza del corpo luteo paiono avere una parte importante. Bisogna anche guardarsi dagli accessi di subittero che possono accompagnarsi con urobilinuria ed indicano un certo grado di insufficienza epatica.

Queste pazienti devono essere sottoposte a igiene rigorosa, a riposo sia fisico che morale, assoluto. Sono indicati gli alcalini per via buccale e rettale, come il glucosio. Saranno prescritti il cloruro di calcio, i bromuri, l'opoterapia (corpo luteo) i grandi lavaggi alcalini anche dello stomaco.

Se questa cura di disintossicazione non è seguita da miglioramento rapido, non si esiterà ad interrompere la gravidanza.

M.

Efficaci misure di profilassi della tossiemia precoce e tardiva delle gravide.

S. O. Arnold (*American Medicine*, ottobre 1921), in un articolo essenzialmente pratico, prendendo occasione da un caso di vomito incoercibile in gravidanza, riassume alcune norme dirette ad ovviare alle varie forme di tossiemia gravidica.

Prima di tutto occorre togliere dalla mente di alcuni medici e delle donne in genere il pregiudizio che la nausea, il vomito e qualunque altro disturbo che si verifica in gravidanza sia una condizione quasi fisiologica legata al fatto dell'essere incinta, e che perciò debba venire sopportata come tale senza che noi possediamo alcun mezzo per vincerli. Bisogna invece persuadere le donne che questi disturbi sono per lo più dovuti ad un disordine del regime dietetico e che possono essere prevenuti od almeno ridotti ad un *minimum* trascurabile quando si abbia agio di visitare le pazienti appena sospettino di essere incinte o comincino a soffrire di questa forma di tossiemia.

L'A. non crede che l'unica causa per l'insorgenza dei fenomeni tossici sieno i disordini d'origine intestinale, ma dice che nella maggioranza dei casi è l'apparato digerente che regola la bilancia — nella lotta che esiste nella donna incinta — tra tossine della gravidanza (qualunque esse siano) e fermenti protettivi specifici circolanti nel suo sangue. Ciò è specialmente vero per la tossiemia tardiva così detta pre-eclamptica. Salvo pochi casi in cui coesistono malattie organiche basta che l'intestino sia mantenuto pulito senza ricorrere ai purganti che possono essere pericolosi, perchè le forze protettive naturali aumentino e

non compaiano fenomeni tossiemici. L'A. a questo scopo propone il seguente regime dietetico:

1° Il vitto delle 24 ore deve essere diviso in 5 pasti all'incirca della stessa entità e preso ogni 3 ore. Negli intervalli nulla dev'essere ingerito.

2° La scelta dei cibi può essere varia purchè sieno di facile digestione e nutritivi. Acqua e latte le sole bevande. Il latte deve essere l'alimento essenziale di ciascuno dei pasti (per lo meno 5 bicchieri al giorno). Inoltre burro, zucchero, patate, verdure (lattuga, spinaci, selleri, ecc.) e frutta in abbondanza. Di quando in quando un uovo o del pesce. La carne rossa può essere concessa 2 volte la settimana.

3° Aggiungere ad ogni pasto 1/2 cucchiaino di bicarbonato di sodio od altri alcalini (latte di magnesia).

L'A. dice che in molte centinaia di pazienti attenutesi a questo regime alimentare mai ha visto comparire fenomeni tossiemici a tipo eclamptico e cita casi di altre che essendosene volute distaccare caddero vittime della loro ingordigia.

R. B.

Studio critico dell'operazione cesarea basata su una pratica di 21 anni.

Il lavoro che W. Williams pubblica nel *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* (*La Presse Medicale*, n. 69, 1921) si fonda sull'analisi di 183 cesaree praticate su 145 donne appartenenti ad una serie di circa 20,000 parti (cioè l'1 per cento circa). Le indicazioni sono più frequenti presso le negre, forse per la predominanza in questa razza di bacini ristretti. Del resto al di fuori di alcuni casi di eclampsia o di placenta previa, la cesarea non è, per così dire, mai indicata ad eccezione delle distocie pelviche.

Nella statistica dell'A. la mortalità figura nel 3,45 per cento dei casi: ma bisogna notare che in realtà essa è del 10 per cento nei 50 primi antichi casi, e scende a meno dell'1 per cento negli altri 133. Questo miglioramento è dovuto alla precocità dell'intervento che si deve fare prima dell'inizio o nelle primissime ore del travaglio per poter evitare le infezioni, causa di tutti i decessi, meno uno, osservati.

Dal punto di vista tecnico l'A. è partigiano dell'incisione dell'utero *in situ*: l'esteriorizzazione dell'organo prima della sezione non si deve fare che quando temesi dell'infezione. La sutura va fatta con grande cura: le aderenze postoperatorie sono rare ma quasi sempre dovute ad incorretta sutura siero-sierosa.

La cicatrice non costituisce fatalmente *un locus minoris resistentiae*, ma l'A. è partigiano della sterilizzazione definitiva delle pazienti che abbiano subito tre volte l'intervento.

La maggior parte dei bambini estratti respiravano normalmente: il 7 per cento solo erano in stato di asfissia.

Malgrado il valore dell'estratto d'ipofisi per stimolare le contrazioni uterine, l'A. è stato costretto in due casi a praticare l'isterectomia per far cessare un'emorragia incoercibile da inerzia uterina.

L'A. conclude insistendo sulla necessità di ben fissare le indicazioni di questa eccellente operazione di cui si è forse abusato troppo in alcune regioni.

M.

SEMEIOTICA

Note sulla diagnosi radiologica dell'appendicite e della colecistite cronica.

F. Lahey (*Boston med. a Surg. Journ.*, 15 luglio 1921) ammonisce di non dare troppa importanza al reperto radiologico preso isolatamente, ma di metterlo in correlazione con gli altri sintomi: l'interpretazione delle lastre deve essere fatta insieme dal chirurgo e dal radiologo. Hanno spesso ingannato i reperti radiologici di aderenze pericecali, o intorno all'appendice, o al termine dell'ileo, e i difetti di riempimento, con la conseguenza di appendicectomie inutili. Ad interventi inutili hanno pure condotto i reperti radiologici di fissazione del piloro verso destra, di difetti di riempimento del duodeno, che furono interpretati come aderenze tra cistifellea e duodeno, quando la cistifellea venne ritenuta patologica perchè se ne poteva mettere in evidenza il contorno.

L'A. ritiene che non si possa ancora sempre distinguere, per la cistifellea e per l'appendice, un reperto radiologo normale da un reperto patologico. Ritiene pure che non si può procedere ad un atto operativo sui soli dati radiologici, ammenochè, per un fondato sospetto, non sia necessario ricorrere ad un intervento esplorativo.

DORIA.

La secrezione gastrica prolungata.

L. Meunier (*Presse méd.*, 1921, n. 95) ha fatto 2,206 analisi dal contenuto gastrico a digiuno ed ha trovato che in tutti gli stomaci, sia normali che ammalati vi è una certa quantità di liquido, variabile da 22 a 284 cmc., nella metà dei casi circa, tale liquido conteneva acido cloridrico (da tracce a 3,2 %): la quan-

tità di questo, per uno stesso stomaco va diminuendo man mano ci si allontana dall'ultimo pasto.

Il liquido acido, che si trova al mattino a digiuno non dipende da uno spasmo pilorico o da una ulcera prepilorica, ma è funzione di una cattiva evacuazione dello stomaco e rappresenta una secrezione di difesa dello stomaco stesso per lottare contro la cattiva evacuazione.

Si trova quindi nelle semplici atonie e nelle ptosi gastriche mentre l'acidità diminuisce col migliorare di tali condizioni; se poi queste si fanno pessime, si ha pure scomparsa dell'acidità per atrofia ghiandolare da fatica.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1191) *Soffio bronchiale e fremito vocale nella pleurite essudativa.* — Al dott. G. S. abbonato n. 1319:

Il soffio bronchiale nelle pleuriti essudative viene chiamato soffio da compressione, perchè in rapporto con la compressione del parenchima polmonare, che diviene atelettasico e permette la trasmissione delle vibrazioni dei grossi bronchi immodificate. Ha un particolare suono dolce, carattere di soffio che si produca in lontananza; si ascolta con predilezione in una zona corrispondente al limite dell'ottusità, tra la zona inferiore di mutezza respiratoria e la zona superiore del murmure vescicolare.

Talora si costituiscono condizioni particolari per cui il soffio perde il suo carattere di dolcezza e si ascolta più sonoro, più vicino su tutto l'ambito della zona polmonare ottusa. Si tratta in tali casi di uno stato abnorme determinato da un particolare comportamento del versamento pleurico e del polmone, il quale risulta schiacciato contro la parete toracica o perchè vecchie aderenze pleuriche lo tenevano legato alla parete stessa o perchè il liquido si forma ed è contenuto da aderenze, che lo circoscrivono, nella parte centrale della base. Tali condizioni sono anche favorevoli acchè si mantenga immutato e spesso rinforzato il fremito vocale e rendono qualche volta difficile la diagnosi differenziale semeiologica tra versamento ed addensamento polmonare. Se il versamento pleurico è talmente abbondante da comprimere il parenchima tutto ed eventualmente anche il bronco, il soffio bronchiale scompare e si ha mutezza respiratoria.

t. p.

(1192) *Sul valore delle stomosine.* — Al dott. M. G. da O.:

Non abbiamo esperienza da poter dare un giudizio sul valore curativo delle stomosine. Il concetto informatore deriva dalla conoscenza della terza immunità. L'argomento è trattato dall'A. stesso, il Centanni, in maniera magistrale nel suo recente volume sull'immunità.

t. p.

(1193) *Agar-agar nella stitichezza.* — Al dottor C. J., abb. n. 10247:

L'agar-agar, consigliato da Mangelsdorf nella stitichezza ostinata, costituisce uno dei mezzi più innocui e spesso razionale di alcune stitichezze ostinate. Ha la proprietà di aumentare considerevolmente di volume nella sua traversata attraverso il tubo intestinale, di aumentare quindi il volume delle feci, e di costituire uno stimolo sufficiente alla peristalsi dell'ultima parte dell'intestino. Si usa alla dose di 5-15 grammi in *cachets* o mescolato agli alimenti. La esistenza di un'ulcera duodenale, specialmente nel periodo delle tregue, non è controindicazione al suo uso.

Abbiamo più volte risposto, nella posta degli abbonati, al suo secondo quesito.

t. p.

(1194) Al dott. E. C. — Abb. n. 14134:

Il così detto *Urinprober* di Heller è un densimetro per l'urina, che ha una scala con 9 divisioni: ognuna di esse corrisponde a circa 7 millesimi della scala centesimale, per cui le indicazioni 1, 2, 3, 4.... corrispondono rispettivamente a 1.007, 1.014, 1.021, 1.028 della scala ordinaria; le sottodivisioni di 1, 2, 3 fra grado e grado sono di circa 2 millesimi ciascuna.

fil.

(1195) *Sulle colonie estive.* — All'abb. n. 3878:

Richiegga alla Croce Rossa Italiana, Comitato Centrale, via Toscana, 10, Roma, la recente pubblicazione del dott. Luigi Cesari: « L'assistenza al fanciullo nelle Colonie marine, fluviali, campestri e montane ».

A. R.

(1196) Al dott. A. S. da R.:

Si rivolga all'« Institut International de Bibliographie »: Parigi, rue de Rennes, 44; Bruxelles, rue du Musée, 1.

(1197) All'abb. n. 59971:

Abbiamo piu volte risposto sui liquidi Carrel e Dakin. Consulti gli indici delle annate precedenti.

R. B.

VARIA

Tutela igienica nell'esercito in Francia.

Per viemmeglio tutelare le condizioni sanitarie dell'Esercito, il ministro della Guerra francese sottopose all'Accademia di medicina questi due quesiti:

1° quale è l'età più opportuna della leva? a 19, a 20 o a 21 anni?

2° quale ne è la stagione più opportuna per la chiamata?

L'Accademia ha dato questi responsi:

L'età alla quale i giovani devono essere reclutati, essendo in quistione solo un anno di differenza, non può avere sullo stato sanitario dell'esercito un'influenza degna di considerazione. Le malattie infettive che costituiscono la più gran parte della patologia militare raggiungono la stessa proporzione a 20 come a 21 anni.

Sembra che il loro diffondersi sia minore se le truppe vengono raccolte in primavera. Non è però certo che questa sola misura faccia diminuire la mortalità militare. La mortalità stessa è specialmente in relazione con la promiscuità. Quindi si ritiene che i mezzi più efficaci per combattere la morbosità restano sempre: nei dormitorî, letti distanziati da 0.75 ad un metro; e buona ventilazione; pronto isolamento del malato oltre alle solite pratiche igieniche generali negli ospedali.

Per la difesa contro la tubercolosi si raccomanda una buona selezione alla visita di abilitazione. Sopratutto i *sospetti* devono essere ben esaminati; si insiste, in proposito, nel servizio speciale, diretto da consulenti, già organizzato in guerra.

Tutela igienica del matrimonio.

In Norvegia una recente legge impone che tutte le persone desiderose di unirsi in matrimonio devono produrre, prima della pubblicazione nell'Albo, un certificato medico col quale si dichiari che ciascuno dei contraenti è esente da sifilide o da altre malattie veneree; chiunque presentasse una dichiarazione falsa verrebbe punito a termini di legge.

Se uno dei futuri coniugi fosse affetto da malattia venerea anche benigna, egli verrà sottoposto a visita medica, il risultato della quale sarà comunicato all'altro coniuge il quale potrà allora prendere una decisione con cognizione di causa.

Un altro articolo dice che il matrimonio verrebbe annullato, se il coniuge ha già avuto un figlio e il fatto fu tenuto nascosto all'altro coniuge e anche il matrimonio si annullerebbe, se la donna, trovandosi incinta non avesse informato della cosa il futuro marito. La separazione verrebbe pronunziata a danno della persona che ha dissimulato il fatto.

Anche in Germania il Consiglio Superiore di Igiene pubblica, esige dai futuri sposi una dichiarazione medica di buona salute e che tale documento non sia anteriore di quattro settimane alla data del matrimonio. In caso di malattia il certificato si mantiene sulle generali e non entra nei dettagli: specifica solo che l'impedimento è d'ordine igienico. I fidanzati però sono liberi di non tenerne conto.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ABBRUZZETTI ALFONSO. *Un focolaio di tifo esantematico in laguna.* — Roma, Coop. Tip. «L. Luzzatti», 1920.

ANZILOTTI GIULIO. *Sulla cistite incrustata.* Roma, Stab. Pol. Amm. Guerra, 1920.

ID. *La cura delle paralisi spastiche.* Biella, G. Amosso, 1921.

ID. *Ricerche sperimentali sulle lesioni articolari da bacillo di Eberth.* Roma, Stab. Poligr. Amm.ne Guerra, 1921.

ID. *Osservazioni sulla tecnica di alcune amputazioni.* Livorno, S. Belforte e C., 1921.

ID. *Un dodicennio di chirurgia operativa.* Livorno, Arti Grafiche Belforte, 1921.

BERGHINZ GUIDO. *Clinica Pediatrica della R. Università di Padova - Anno accademico* 1920-21. Udine, Tip. D. Del Bianco e Figli, 1921.

BRAVETTA EUGENIO. *Spirochete e infiltrati nella diagnosi «post-mortem» di paralisi progressiva.* Pavia, Tip. Coop., 1921.

CALDERINI GIULIO. *L'incisione colpoperineale come primo tempo dell'applicazione del forcipe.* Milano, L. F. Togliati, 1921.

CONSIGLIO PLACIDO. *Per il rinnovamento e l'incremento degli studi antropologici - L'Istituto internazionale di antropologia - Contributo della medicina militare.* Roma, Stab. Poligr. Amm. della Guerra, 1921.

DOMENICHINI G. *Trattamento di un caso di rottura traumatica dell'esofago toracico.* Modena, Tip. Luigi Dondi, 1921.

FRANCHINI FILIPPO. *Osservazioni intorno ad un caso di paralisi pseudobulbare.* Parma, Tip. Coop. Parmense, 1921.

ID. *Amebiasi nella provincia di Bologna - Dissenteria amebica nell'uomo.* — Genova, Stab. Artisti Tipografi, 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Contro un dottorato in odontoiatria.

La Facoltà medico-chirurgica e di perfezionamento di Milano-Pavia ha votato il seguente ordine del giorno il 23 gennaio 1922:

«La Facoltà, considerati i progressi compiuti dalla Odontoiatria e Protesi dentale in questi ultimi anni nel campo scientifico e pratico è gli indissolubili vincoli di essa con la medicina e chirurgia generale, si dichiara contraria alla creazione di scuole autonome per il conseguimento di un dottorato in Odontoiatria; e fa voti che, in ossequio ed a complemento della legge 31 marzo 1912, che deve essere integralmente applicata, sia mantenuto e svilupato il perfezionamento nella suddetta specialità, soltanto dopo il conseguimento della laurea in medicina e chirurgia informando a questo concetto le eventuali nuove Scuole di perfezionamento in Odontoiatria ed ampliando e migliorando l'efficacia delle già esistenti».

***

L'assemblea dei Medici della Provincia di Milano il 29 gennaio 1922 ha votato ad unanimità il seguente ordine del giorno:

«I medici-chirurgi della Provincia di Milano, oggi convocati in solenne assemblea da tutte le Corporazioni sanitarie e locali per essere edotti di un disegno di legge sulla creazione di una Scuola autonoma di Odontoiatria, da erigersi in Roma, alla quale, derogando dal disposto della legge 31 marzo 1912, verrebbero ammessi quali allievi per conseguire la laurea in Odontoiatria e Protesi dentale, anche i non laureati in medicina (studenti del IV anno e i provvisti di titoli conseguiti all'estero);

considerato l'alto valore che la Odontoiatria ha assunto attualmente nel campo della profilassi pubblica e della medicina sociale, si dichiara concordemente contraria al suddetto disegno di legge e protesta altamente contro il tentativo di violazione del principio dell'obbligatorietà della laurea in medicina e chirurgia per l'esercizio dell'Odontoiatria, principio già ripetutamente affermato dall'intera classe medica e sancito dalla legge 31 marzo 1912;

protesta inoltre contro il fatto paradossale che, costituendo il succitato progetto una vera riforma rivoluzionaria dell'attuale ordinamento didattico della Facoltà medico-chirurgica, il Governo non abbia sentito il dovere di rivolgersi per parere al massimo Consesso competente, il Consiglio Superiore della P. I., e alle competenti autorità sanitarie, fra le quale la Federazione degli Ordini dei medici e la Federazione Stomatologica Italiana che sintetizza il volere e le aspirazioni della classe;

fa voti che:

1° resti inviolato il principio legale della obbligatorietà della laurea in medicina e chirurgia per l'esercizio della Odontoiatria e Protesi dentale;

2° si provveda, da parte dello Stato, al maggiore incremento delle Scuole post-universitarie di perfezionamento in Odontoiatria già esistenti e che funzionano lodevolmente;

3° qualora si ritenesse opportuno creare altre Scuole, queste siano sempre ed esclusivamente riservate ai laureati in medicina ed inspirate ad un unico concetto didattico».

I medici condotti dell'Umbria.

Martedì 24 gennaio c. a. la Sezione Perugina dei Medici condotti, sotto la presidenza del dottor Pernossi, ha tenuto l'assemblea ordinaria per discutere un importante ordine del giorno.

Letto ed approvato il verbale dell'adunanza precedente, fu pure approvata la relazione morale e finanziaria.

Sulle dimissioni da socio del dott. Lupattelli Ugo e sull'illegale ripristino della condotta piena da parte del Comune di Deruta, dopo esauriente discussione, fu riconfermato contro il Comune stesso il boicottaggio, già precedentemente approvato nel convegno tenuto in Perugia tra la Federazione Umbro-Laziale ed il Consiglio dell'Ordine dei Medici.

Furono respinte all'unanimità le dimissione del dott. Lupattelli e parimenti all'unanimità fu deciso di invitare i medici, attualmente esercenti nel Comune di Deruta, a dare le dimissioni dal posto, se entro il mese di febbraio il Comune di Deruta non avrà integralmente applicato la condotta residenziale e finchè al dott. Lupattelli non saranno date le soddisfazioni morali cui ha diritto.

Parimenti l'assemblea riconferma il boicottaggio del Comune di Passignano del Lago per il suo cinico atteggiamento di fronte alla famiglia dell'assassinato collega dott. Grifi Guglielmo.

Si è quindi iniziata una lunga ed animata discussione sulla necessità di denunziare ai Comuni il Capitolato, per ciò che si riferisce agli attuali stipendi residenziali. Fu in massima approvata la denuncia e per stabilirne le modalità fu deliberato di indire un convegno a Perugia, per il 24 febbraio, di tutti i Consigli delle Sezioni Umbre, invitandovi i rappresentanti della Federazione Umbro-Laziale, della Presidenza centrale e dell'Ordine dei Medici della Provincia.

Nel pomeriggio il presidente dott. Pernossi accompagnava presso la Direzione della Ferrovia Centrale Umbra una rappresentanza dei Medici di sezione della Ferrovia stessa per avere una risposta al memoriale inviato dalla classe oltre un mese addietro e che era rimasto senza risposta.

In assenza del nuovo Direttore la Commissione fu ricevuta dall'ex Direttore sig. ing. Loccatelli, il quale non potette dare alcuna risposta in proposito

Di modo che la quistione dei nostri colleghi trovasi ancora in alto mare; auguriamo che, da parte della nuova Direzione, si senta il dovere di venire ad una decorosa sistemazione della vertenza.

I medici ed il disastro di San Fratello.

Il disastro della fiorente cittadina di San Fratello in Sicilia ha arrecato notevoli danni materiali e morali ai colleghi là residenti.

I dottori Gentile, Mammana, Lo Cicero Giuseppe e Francesco, Latteri Innocenzo, Nicolò e Ferdinando, Ricca Benedetto e Salvatore insieme a tutte le loro masserizie hanno perduto tutti gli strumenti ed i libri.

Sarebbe opportuno che la Federazione degli Ordini dei Medici prendesse in considerazione la disgraziata condizione di quei colleghi.

Negli Ordini dei Medici.

NUOVI CONSIGLI PER IL BIENNIO 1922-23.

Bari: Di Santo Cesare, Lamacchia Michele, Palummo Niccolò, Pansini Pasquale, Porcelli Emanuele, Samele ttore, Surico Vito.

Bergamo: prof. Salvetti Carlo, presidente; Galizzi Landriani Carol, tesoriere; Bassi Emilio, Brignoli Angelo, Daina Ugo, Roviglio Adeodato; Pansera Giuseppe, segretario.

Como: Loreti Ludovico, Boglione Michelangelo, Contegni Marcello, Fiorani Luigi, Pellegrini Carlo, Benvenuti prof. Ezio, Muzio prof. Giov. Batt.

Cosenza: De Marco Giulio, presidente; Feraco Emidio, tesoriere; Cosco Angelo, Frasetti Pietro, Scarpelli Emanuele, Caputo Vincenzo, Rogato Giuseppe, segretario.

Genova: Oberti Carlo Mario, Rinaldi prof. Cassanello, Calcaterra prof. Ezio, De Cigna prof. Vittorio, Molfino Agostino, Repetto Amedeo; ballottaggio tra Perrando prof. Gian Giacomo e Barlocco Amerigo.

Lecce: Vernazza Giovanni, presidente; Stasi prof. Giuseppe, Pennetta prof. Mario, Verrienti Pasquale, Verderamo Salvatore, Mannarini Alfredo, Ferrari Ferruccio, consigieri; Cota Francesco, cassiere; Loffreda Riccardo, segretario.

Milano: Bedini Mario, Banzi Mario, Bertazzoli Annibale, Casati Achille, Cernezzi Aldo, Coopmans Luigi, Villa Luigi.

Palermo: prof. Bentivegna Antonino, presidente; Scarcella Andrea, tesoriere; prof. Calandra Eduardo, segretario; Gabrielli Giuseppe, professor Donzelli Giovanni, prof. Luna Emerico, La Placa Natale.

Roma: Borromeo prof. Pietro; Lugli Augusto, presidente; De Carli prof. Diodato; Paparozzi Francesco Saverio, segretario; Buglioni Giovanni Batt.; Guidi prof. Luigi; Lupi Arnaldo, tesoriere.

Siena: Remedi prof. Vittorio, presidente; Bargellini Pilade, segretario; Franci prof. Giovanni Batt., tesoriere; Bicchi Olinto, consigliere anziano; Andrucci prof. Andruccio, De Roemer Dino, Mazzudi Galileo, consiglieri.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9249) *Certificati di malattia e di guarigione.* — Dott. A. F. da C. — Nessun regolamento o legge impone alle Società industriali di pagare esse i certificati medici di malattia o di guarigione dei proprii dipendenti, essendo nell'interesse di questi dimostrare di non essere in grado di lavorare. Per derimere la sorta vertenza si potrebbe convenire che gli operai sostengano la spesa dei certificati di malattia e che gli industriali sostengano quella dei certificati di conseguita guarigione.

(9250) *Intervento ostetrico.* — Dott. O. B. da P. A. — Il medico-chirurgo non può negarsi ad una prestazione ostetrica sol perchè la famiglia non si è avvalsa della levatrice ufficiale del luogo, ma di altra appartenente a Comune vicino. Non è la levatrice che deve coadiuvare il chirurgo nel suo intervento, ma un coadiutore egualmente laureato. La levatrice, appena chiamato il medico, è spogliata di ogni ingerenza nel caso speciale. Deve astenersi da ogni altro atto.

(9252) *Intervento ausiliario in atti operativi.* — Dott. B. M. da S. M. — Non essendo Ella stata direttamente invitata, non ha alcuna veste per rivolgersi al Comune e chiedere compenso per l'intervento ausiliario in diversi atti operativi fatto a richiesta di uno dei locali medici condotti in persone inscritte nell'elenco dei poveri. L'obbligo del compenso incombe a carico di chi l'ha invitata.

(9253) *Assenza dal paese.* — Dott. N. G. da S. — Poichè l'assenza non supera le sei ore, e poichè avviene dopo aver compiuto le visite e le incombenze ordinarie, non ha alcun obbligo di darne avviso al Sindaco o di partecipare a chicchessia il proprio allontanamento.

(9254) *Nomina del medico condotto.* — Dott. E. V. da M.. — La nomina del medico condotto è sempre fatta dal Comune, non ostante che fra gli obblighi nominali vi sia pur quello di disimpegnare servizio presso l'ospedale e di mantenere un ambulatorio medico in dipendenza di una locale opera Pia. Il medico così nominato acquista tutti i diritti dei medici condotti comunali e resta esclusivamente alla dipendenza dell'Amministrazione municipale, che lo paga e che ha diritto, occorrendo, di adottare anche provvedimenti disciplinari a suo carico. Qualora l'Opera Pia avesse dei rilievi a fare in quanto al servizio deve formarne oggetto di rapporti e ragguagliarne l'Amministrazione municipale, che adotta i provvedimenti del caso. In quanto alla spesa l'Amministrazione ospedaliera rimborsa la comunale di ciò che sponde nel suo interesse, giacchè, tenuto conto del servizio ospedaliero, lo stipendio deve essere più alto di un semplice condottato.

(9255) *Pensioni.* — Dott. A. P. da U. — Con la legge attuale riscuoterà la pensione di L. 2915. Con le modifiche proposte sarebbe di L. 6341.40, andando in pensione subito dopo la legge.

(9256) *Dimissioni dalla carica di medico condotto.* — Dott. E. L. da V. — La legge non stabilisce nulla a riguardo dell'epoca in cui si può presentare la propria dimissione dalla carica di

medico condotto. Ordinariamente si usa annunziarle un mese prima.

(9257) *Variazioni di circoscrizioni di condotta.* — Dott. A. R. da M. — Se la zona di condotta nella quale presta servizio viene aumentata ha diritto a maggiore compenso proporzionato al maggiore lavoro, che deve sostenere. Nulla è da dire se il Comune, senza alterarne la consistenza, modifica le parti che compongono la sezione raggruppando in altro modo le unità rispettive, in modo che torni più incomodo e disagevole il servizio della condotta.

(9259) *Ricopertura di condotta.* — Dott. 11877 (1079). — Per essere nominato titolare della condotta, che resterà vuota occorre esporsi e superare analogo concorso pubblico, in conformità di quanto prescrive la vigente legge Sanitaria. Secondo la sua proposta si tratterebbe di procedere a nomina diretta del medico condotto, senza il concorso. Tali nomine sono, però, ora assolutamente vietate e, quindi, nulle. Il concorso interno può aver luogo fra soli medici, già titolari di altre condotte dello stesso Comune, in quanto che ognuno di essi ha già vinto il concorso ed ha tutti i numeri per essere assunto al posto, cui aspira senza subire altra prova.

Per essi non si tratta che di cambiar posto nel medesimo Comune.

(9260) *Conferma dei medici ospedalieri.* — Dott. G. Q. da M. — I medici ospedalieri non acquistano la stabilità di diritto dopo un biennio di servizio. Possono, pertanto, essere riconfermati sempre che le Amministrazioni lo credono, o prima che si compia il biennio di prima nomina, od anche dopo.

(9261) *Monte pensione medici condotti.* — Dott. C. D'A. da G. — Non è possibile riscattare i nove anni di servizio già fatti. Non si comprende di quale quinquennio Ella parla, se a riguardo della pensione o di altro. Occorrono maggiori chiarimenti. Doctor JUSTITIA.

Libere docenze. — Al dott. V. L. da R.:

Per le libere docenze vige ora la legge *ante bellum* che autorizza le docenze per esami e per titoli. P.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARGENTA (*Ferrara*). — Cond. di Ospitale e Traghetto; a tutto 10 marzo; ab. 2400 di cui 895 pov.; L. 7000 oltre L. 2000 cavall. oppure L. 500 bicicl., L. 3 addizionale, 2 caro-viv.; tariffa intera dagli abbienti. Età limite 34.

BERGAMO. — Cond. Malpensata-Campagnola; lire 5500 pel biennio prova, poi L. 6000 con 7 trienni decimo, L. 2 oltre i 1500 pov., trasp. L. 440, ambulat. L. 300, assicuraz. L. 20, doppio caro-viveri. Scad. 28 febbraio.

FINALE EMILIA (*Modena*). — Cond. esterna nord; L. 8000 e 10 bienni ventesimo; doppio c.-v.; lire 2500 cav. Età limite 35. Assunz. servizio entro 15 giorni. Scad. 5 marzo.

FICULLE (*Perugia*). — 2ª cond. residenziale; lire 6000, doppio c.-v., 3 quinq. decimo, L. 1000 se meno di 300 abb.; assicur. Scad. ore 18 del 28 febbraio.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Tre medici chirurgi assistenti, dei quali uno per l'Ospedale Infantile Anna Meyer. Età limite 34. Biennio, conferma biennale. L. 5000 e due caro-viv. Scad. ore 18 del 28 febbraio. Chiedere annunzio.

MARSCIANO (*Perugia*). — A tutto il 25 feb., per Papiano; L. 7000, metà tariffa per i semi-abbienti, L. 3000 cav., tre quinquenni del decimo; assicur. Servizio entro 20 giorni.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospedalieri.* — Primario oculista. Scad. ore 16 del 28 febbraio. Vedi fasc. 5.

MASERA (*Novara*). — Cons. con Montecrestese e Trontano; ab. 3437; L. 8000; per i poveri fino al 10 %, addizion. L. 8; mezzi trasp. L. 1000; uff.

MONTALCINO (*Siena*). — È rimandato ad epoca indeterminata il concorso bandito con manifesto 15 dicembre 1921.

MONTEGALLO (*Ascoli Piceno*). — A tutto 28 febbr.; L. 5500 obbligo resid., L. 1000 fino a 1000 pov., addizion. L. 2.50, per uff. san. L. 500, doppio c.-v., L. 2000 cavalc. Ab. 3769.

PERUGIA. — Proroga a tutto 28 febb.; due cond. rurali; età limite 44; L. 6000, doppio c.-v. e indennità supplement.; indenn. cav. da determinarsi annualmente; L. 300 arm. farm.; L. 200 assicur. san. L. 800; alloggio ovvero L. 350 a scelta del Comunedi residenza. Scad. 31 marzo.

PIAN DI CASTELLO (*Pesaro-Urbino*). — A tutto il 15 marzo; L. 8000 per 500 pov.; con 5 quadrienni decimo; addizion. L. 3; L. 1000 resid. disag.; lire 2000 cond. povera; L. 3000 cav.; alloggio e terreno per orto; 2 caro-viv.; assic. Per uff. san. lire 200. Età limite 40. Chiedere annunzio.

PIETRALUNGA (*Perugia*). — A tutto il 28 febbr.; L. 6000 oltre L. 2000 disag. resid., L. 2400 c.-v., L. 260 se uff. san. Le cond. sono due. Età lim. 40. Serv. entro 15 g. Chiedere annunzio.

RESIA (*Udine*). — A tutto 10 marzo; L. 7000; trasporto L. 2000; uff. san. L. 700; doppio c.-v.

SANTAFIORA (*Grosseto*). — Scadenza 10 marzo. 2ª

cond. residenziale; L. 9000, due c.-v., L. 2000 cav., L. 2000 disag. resid. e L. 3 ogni povero in più di mille, quattro sessenni del decimo.

SELCI SABINO (*Perugia*). — A tutto 31 marzo; residenziale; L. 6000 e 3 quinq. decimo, c.-v., lire 1200 disag. resid., non obbl. cav. Accettaz. entro 8 g.; assunz. serv. entro 18 g. successivi.

SERRA DE' CONTI (*Ancona*). — A tutto 28 febbr.; 2ª cond. prevalentem. chirurgica; L. 13,000, due c.-v., bienni fino a raggiungere L. 17,000, L. 2400 trasp., tariffa Ordine.

STRONCONE (*Perugia*). — 2ª Cond.; a tutto il 25 feb.; L. 6000 e 3 quinq. decimo, due c.-v.; L. 1500 indenn. resid.; per 1000 pov.; addizionale L. 3; assicur. Età limite 40. Serv. entro 15 giorni

TARANTO (*Lecce*). — A tutto 15 marzo; per la borgata di Talsano; L. 5000 oltre L. 1500 vettura e 4 quinq. decimo; due c.-v. Età limite 49.

A tutto feb.; per Statte; L. 5000 oltre L. 1500 vettura, 4 quinq. decimo, c.-v. Età limite 45.

TERENZIA (*Catanzaro*). — L. 6000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 500 indenn. antimal. Non oltre 28 febbraio. Età limite 45. Fam. pov. 119 su 1053 ab.

TOFFIA (*Perugia*). — Al 20 marzo; L. 9600, doppio c.-v. Per schiarimenti rivolgersi al Sindaco.

VERRES (*Torino*). — Scad. 28 febb. L. 5000, doppio caro-viv. e altre indennità.

VALFABBRICA (*Perugia*). — Al 10 marzo. Cons. con Gubbio e Assisi; L. 6000 fino a 1000 pov., lire 2000 disag. resid., 3 quinq. decimo, doppio c.-v., L. 500 se uff. san. Età limite 35. Accettaz. entro 10 giorni; assunz. serv. entro 30 giorni.

Dalla Federazione Laziale-Umbra dei Medici condotti è istituito un Ufficio di collocamento per le condotte della provincia di Roma. Dirigere la corrispondenza al segretario dott. B. Alberti, presso il nostro giornale (via Sistina, 14 - Roma-VI)

Diffide e boicottaggi.

L'Associazione Nazionale Medici Condotti e il Consiglio dell'Ordine della Provincia di Macerata hanno stabilito di boicottare i concorsi banditi dal Comune di Camerino, per 3 condotte di campagna, perchè a *cura piena;* lo stipendio è di lire 10,000 compreso un caro-viveri; scad. 28 feb. Le condotte sono tutte di montagna, faticossime e con viabilità disastrosa.

Il Presidente della Sezione M. C.

CONCORSI A PREMIO.

MILANO. *Fondazione A. Beretta.* — È aperto il concorso per un nuovo premio biennale di questa Fondazione, per il biennio 1922-23, da conferirsi al migliore fra i lavori di clinica medica o di anatomia patologica, presentati entro le ore 12 dell'ultimo giorno feriale del dicembre 1923.

Il premio consisterà: *a*) in medaglia d'oro del valore di L. 500; *b*) in una somma in contanti non inferiore a L. 7000.

Potranno concorrere i medici che alla chiusura del concorso abbiano da oltre 5 anni stabile residenza nella provincia di Milano e non abbiano oltrepassati i 12 anni di laurea.

Presentare domanda in bollo e opere in doppio esemplare a stampa o dattilografate al Protocollo generale del Comune di Milano.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ALBO D'ORO.

Dal Bollettino ufficiale del Ministero della Guerra, 11 gennaio 1922, rileviamo che è stata assegnata la medaglia d'argento al valor militare al nostro redattore prof. Tommaso Pontano, da Confluenti (Catanzaro), nella sua qualità di capitano medico di complemento, con la seguente motivazione:

«Durante aspri combattimenti, non badando a pericoli e a rischi, riuscì a portare soccorso ai feriti, sino alle linee avanzate, ed a dirigere le operazioni di sgombro in modo valorosamente esemplare». — Val Corteana-Falsarego, luglio-ottobre 1915.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Il prof. R. Cascino di Modica (Siracusa), per aver dotato Modica del *Sanatorio Chirurgico Cascino* e per numerose pubblicazioni e benemerenze, è nominato commendatore.

Il dott. Giovanni Vacatello da San Lucido (Cosenza), è nominato cavaliere, per benemerenze sanitarie.

Il dott. Giulio De Marchi, presidente dell'Ordine dei Medici di Cosenza, è nominato commendatore, per meriti civili e sanitari.

Il dott. prof. Tommaso Casoni, medico primario nell'Ospedale Vitt. Em. II di Tripoli, è insignito della Croce di cavaliere per l'opera prodigata alla Colonia con spirito di sacrificio, distinguendosi nelle ore più minacciose per la salute pubblica.

NELLE UNIVERSITÀ.

MESSINA. — Il prof. Gaetano Fichera, vincitore del recente concorso di Patologia chirurgica, è stato chiamato a dirigere l'Istituto di Clinica e Patologia chirurgica della R. Università di Messina, in sostituzione del prof. F. Purpura, chiamato a coprire la Cattedra omonima a Palermo.

ROMA. — In seguito ai risultati dei concorsi per esami ai premi di Fondazione Maggi, banditi dalla Facoltà di medicina della R. Università di Roma fra i laureati dal 1914 al 1919, sono stati dichiarati vincitori per l'«Igiene» il dott. Doria Raimondo; per la «Chimica fisiologica» il dottor Lucherini Tommaso; per la «Neuropatologia» il dott. Pisani Domenico.

LA RUBRICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Periodicità ritardate.

A causa delle perduranti difficoltà dell'industria editoriale in Italia, i periodici con cui abbiamo disposto l'abbonamento cumulativo — come quasi tutti i periodici italiani di medicina — sono in ritardo sulla data di pubblicazione.

Preghiamo i cortesi lettori di voler essere tolleranti e di pazientare, imputando il contrattempo a cause superiori alla buona volontà delle redazioni e delle amministrazioni.

Il nostro «Policlinico» forma una delle pochissime e fortunate eccezioni; esso esce con una regolarità assoluta.

L'Amministrazione.

NOTIZIE DIVERSE.

X Riunione della Società Italiana di Patologia.

La Società Italiana di Patologia riprenderà nel corrente anno le sue riunioni dopo la lunga interruzione cagionata dalla guerra mondiale. In seguito ad intesa di molti colleghi è stato deciso che la prossima riunione sia tenuta a Padova quest'anno, in cui vi sarà celebrato il VII centenario di fondazione del suo Studio. L'epoca del Congresso è stata, per desiderio di molti colleghi, fissata in ottobre.

Prossimamente saranno fatti conoscere i particolari della riunione.

Per le adesioni rivolgersi al prof. A. Bonome od al prof. I. Salvioli, del Comitato Ordinatore, in Padova.

Convegno delle Associazioni Nazionali contro la tubercolosi.

Ricordiamo che per i giorni 11 e 12 aprile è indetto a Roma un Convegno destinato alla discussione dei mezzi pratici che sono necessari a dare alla lotta antitubercolare in Italia, colla continuità dell'azione, la maggiore possibile efficacia.

Nel Convegno non saranno discussi problemi relativi ai tubercolotici di guerra, ed a provvedimenti che li riguardino, essendo questi di competenza di altre Associazioni.

Invece, saranno largamente discussi i temi della profilassi e dell'assistenza, considerando la Tubercolosi come problema sociale.

Saranno prossimamente resi noti i temi delle relazioni e i nomi dei rispettivi relatori, oltre alle disposizioni atte a favorire la riuscita del Convegno.

Per informazioni di ogni specie gli aderenti al Convegno sono pregati di rivolgersi al Segretario prof. dott. T. Rossi Doria, via Toscana, 10 - Roma.

Al Convegno saranno rappresentate le seguenti istituzioni: Federazione Italiana delle Opere Antitubercolari, Croce Rossa Italiana, Comitato Romano per la lotta contro la tubercolosi, Associazione Antitubercolare del Mezzogiorno, Associazione italiana per l'igiene, Istituto d'Igiene e previdenza sociale.

II Congresso Nazionale per l'igiene della scuola e l'assistenza al fanciullo.

Il Comitato Ordinatore di questo Congresso, lo ha fissato per i giorni 9, 10, 11 aprile, in Genova, ed ha deliberato di dare largo sviluppo alla parte pratica con visite alle principali Istituzioni d'igiene scolastica della città.

Si invitano inoltre tutti gli Ufficiali sanitari che abbiano istituito il servizio medico-scolastico od importanti opere parascolastiche, ad inviare quadri schematici che espongano le modalità e l'ordinamento di essi, corredandoli di diagrammi, fotografie, pubblicazioni, ecc., in modo da poter fare una piccola mostra che illustri quanto si fa di più importante in Italia nel campo dell'igiene e medicina scolastica, mostra che varrà a far conoscere le iniziative dei Comuni più intraprendenti ed a stimolare le energie di quelli che ancora non si sono posti per questa via.

Si prega inviare il tutto entro il 10 marzo p. v. alla Segreteria del Congresso, presso il dott. Ivo Menniti - Medico scolastico - Municipio - Genova, al quale dovranno pure inviarsi le adesioni e la quota di L. 10 per avere la tessera e le carte per le riduzioni ferroviarie che si confida verranno concesse.

Associazione Medica Italiana d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

La Sezione per l'Italia superiore terrà una seduta a Milano il 26 febbraio, ore 15, nell'aula della Clinica delle malattie professionali.

Verranno discussi problemi tecnici e svolte comunicazioni scientifiche (dai proff. e dottori A. Valenti, C. Provinciali, E. Melocchi, P. Sardi, L. Devoto, P. Piccinini).

Corso di perfezionamento pei Medici condotti.

I professori della Facoltà Medica dell'Università di Padova, accettando l'invito della Sezione Padovana dell'Associazione Nazionale Medici Condotti, hanno deliberato di tenere un corso accelerato di perfezionamento essenzialmente pratico e dimostrativo allo scopo precipuo di mettere i medici condotti al corrente dei progressi della scienza medica.

Questo corso decedale comprende Clinica medica, Clinica dermosifilopatica, Clinica neuropsichiatrica, Clinica ostetrico-ginecologica, Clinica oculistica. Igiene e Medicina legale; porta per titolo: « Conferenze ai Medici condotti », ed ha luogo nel mese di febbraio.

Per la famiglia di un Collega.

Il Sindacato Boschi, a mezzo del direttore professor Vittorio Zevi, ha inviato al presidente dell'Ordine L. 500 a favore della famiglia del compianto dott. Teodorico Moretti, morto tragicamente mentre recavasi a compiere il proprio dovere; accompagnando l'offerta con la lettera seguente:

«Ci è giunta notizia di una sottoscrizione a favore della famiglia del defunto dott. Moretti, già medico condotto di Castiglione in Teverina, rimasto vittima di un infortunio mortale mentre si recava a visitare un malato.

Quest'Istituto, che ha la gestione dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni agricoli del Lazio, ed ha modo di apprezzare giornalmente l'opera umanitaria e diligente dei medici condotti della Provincia, ritiene suo dovere di contribuire all'opera pietosa iniziata a favore dei superstiti del dott. Moretti. Su mia proposta il Comitato Esecutivo dell'Istituto ha deliberato di concorrere alla sottoscrizione con L. 500, e per pari somma le accludo un vaglia della Banca d'Italia con preghiera di volerla far pervenire alla famiglia del compianto dott. Moretti».

Ci è grato segnalare ai colleghi l'atto generoso del Sindacato Boschi, motivato dal nobile e leale riconoscimento dell'opera preziosa giornalmente prestata dalla benemerita classe dei medici condotti.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Minerva Medica, 15 nov. — A. CECONI. La sindrome amiostatica nelle manifestazioni tardive della encefalite epidemica.

Brazil-Medico, 19 nov. — G. DE PARREL. Anacusia e rieducazione uditiva.

La Prensa Médica Argentina, 20 nov. — A. PRUNELL. Nuovo metodo per la diagnosi precoce della sifilide.

Bulletin de l'Académie de Médecine, 29 nov. — J. CAMUS. Fissazione e neutralizzazione dei veleni sui centri nervosi. — G. DELAMARE. La reazione di Friedberger nel tifo esantematico, nella febbre tifoide e nella febbre ricorrente.

Revue de Chirurgie, 9 ott. — L. BÉRARD. Trattamento delle anchilosi viziose del ginocchio consecutive al tumore bianco nell'adulto. — L. BÉRARD e CH. DUNET. Esiste il gozzo metastatico?

Archives des Maladies du Coeur, des Vaisseaux et du Sang, ott. — G. G. PALMIERI. La radioplastica del cuore.

The Journal of the American Medical Association, 3 dic. — J. W. SHERRILL. La diagnosi del diabete latente o incipiente. — D. J. LEVY. Febbre eruttiva a caratteri insoliti nell'infanzia. — B. S. VEEDER e T. C. HEMPELMANN. Esantema febbrile (E. subitum) nell'infanzia.

Wiener Klinische Wochenschrift, 8 dic. — S. RUSZNYÁK. L'esame fermacologico del sistema nervoso vegetativo. — E. SELDNER. Diverticolo pericardico.

Le Scalpel, 10 dic. — L. GRENADE. Risultati remoti del trattamento chirurgico del cancro del seno.

Journal des Praticiens, 10 dic. — LEGUEU. Stenosi congenita dell'uretra.

La Riforma Medica, 10 dic. — I. JACONO. Febbri e febbricole da Bacillus asiaticus.

La Presse Médicale, 14 dic. — J. ODDO e P. BORIE. Prova dell'emoclasi digestiva e opoterapia epatica nelle affezioni del fegato.

Gazette des Hôpitaux, 13 e 15 dic. — A. LEMIERRE. Vertigine gastrica ed extrasistoli.

Surgery, Gynecology and Obstetrics, dic. — J. B. DEAVER. Metodi nuovi e antichi nella diagnosi chirurgica. — A. H. CURTIS. Patologia e batteriologia delle tube falloppiane asportate.

Il 2° fascicolo del 1922 (1° febbraio) della **SEZIONE MEDICA** del « Policlinico », che trovasi in corso di stampa e che appena pronto spediremo ai Signori Abbonati, contiene i seguenti lavori:

I. G. SAIZ: **Contributo allo studio della pseudosclerosi;**

II. S. D'ANTONA e R. VEGNI: **Reperto anatomo-patologico in un caso di encefalite epidemica cronica;**

III. G. CALLIGARIS: **I riflessi nelle lesioni del sistema motorio extrapiramidale;**

IV. G. DAGNINI: **Costola cervicale bilaterale con disordini vasomotorî dell'arto superiore destro a tipo radicolare inferiore e della guancia omonima.**

E' un grosso fascicolo di 60 pagine, con una tavola litografica a colori, che gli abbonati alle altre **SEZIONI PRATICA** e **CHIRURGICA** potranno ottenere subito inviando cartolina-vaglia di L. 5. al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 27 Febbraio 1922 Fasc. 9

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Il metabolismo basale.

Dott. AZEGLIO FILIPPINI.

Principi generali. Si dà il nome di *metabolismo* all'insieme dei processi per cui le cellule viventi dell'organismo assumono ed incorporano le sostanze, che loro provengono dall'esterno. Tali processi comprendono una fase costruttiva (*anabolismo*) in cui le sostanze vengono assimilate e trasformate in protoplasma ed una distruttiva (*catabolismo*), per cui le sostanze dell'essere vivente sono ridotte a più semplice struttura e finalmente eliminate come prodotti di rifiuto: il carbonio della loro molecola viene ossidato, per mezzo dell'ossigeno introdotto col respiro e portato ai tessuti, ossidazione (o combustione) che si compie con svolgimento di calore e dà come prodotti finali anidride carbonica ed acqua. Solo per le proteine non tutto il carbonio viene ossidato, ma una parte accompagna l'azoto, in massima parte eliminato con le urine in forma di urea, ed, in piccola parte, come combinazioni più complesse (acido urico, creatinina, ecc.).

La ragione dello svolgimento di calore risulta chiara quando si consideri che la formazione dei materiali, che poi si scindono nell'organismo, è *endo-termica*: essi cioè sono stati costruiti con assorbimento di calore che vi si è accumulato e che ritorna libero quando essi si disaggregano. Tenuto conto dell'equivalente meccanico del calore (legge di conservazione dell'energia), si avrà quindi, nella quantità di calore (calorie) liberato dall'organismo in un dato tempo, la misura delle metamorfosi chimiche avvenute nell'organismo stesso.

La grandezza dei processi metabolici può quindi venire espressa in calorie e varierà con le diverse attività dell'individuo, le quali implicano un lavoro muscolare. All'infuori però di ogni attività estranea e di processi che, come la digestione si compiono intermittentemente, si ha un lavoro continuo, che costituisce il minimo irriducibile degli scambi di energia, quello che si compie nello stato di assoluto riposo dell'individuo e di vacuità del sistema digerente. È appunto questo che si è convenuto di chiamare *metabolismo basale* (Grundumsatz, Ruheumsatz dei tedeschi), che rappresenta cioè le attività fondamentali necessarie per mantenere in vita l'organismo:

il calore sviluppato ed emesso durante tale stato di assoluto riposo è dato in piccola parte dalla contrazione dei muscoli del cuore e del respiro, dal lavoro renale ed epatico, dall'attrito del sangue nei vasi (complessivamente 20-23 %) ed in massima parte dal lavorio chimico-fisico che si compie in ogni cellula. Quando si operi nelle stesse condizioni, e vedremo in seguito quali, si ha nella cifra espressa dal metabolismo basale, la misura dell'attività delle cellule di un dato individuo.

I METODI PER LA MISURA DEL METABOLISMO.

Calorimetria diretta. Si esegue in un calorimetro, che è costituito da un piccolo ambiente, in cui si introduce l'uomo o l'animale, misurando poi la quantità di calore emessa in un determinato tempo. Condizioni essenziali sono il perfetto isolamento termico dall'ambiente esterno ed una grande sensibilità, tale che la combustione di una certa quantità di alcool o di etere fornisca lo stesso numero di calorie come se venisse eseguita in una bomba calorimetrica (praticamente si ha un errore medio di 0,9 %). Vi sono poi dispositivi per misurare l'anidride carbonica e l'acqua prodotta e l'ossigeno consumato: nella combustione degli alimenti nell'organismo si osservano divergenze dal calcolo teorico non superiori a 1,2 % per l'ossigeno ed a 0,8 % per l'anidride carbonica. Specialmente i grandi calorimetri, adatti per esperienze sull'uomo come quello dell'Istituto Russel all'Ospedale Bellevue di New York, sono apparecchi complicati, delicati e costosi, che sono stati di grande utilità per il completamento degli studi sul metabolismo, ma che evidentemente possono trovarsi solo in qualche laboratorio eccezionalmente ben fornito e sono quindi destinati ad avere un'applicazione limitata.

Calorimetria indiretta. Si determina l'azoto eliminato con le urine e con le feci (metabolismo proteico) ed il carbonio eliminato con la respirazione in rapporto all'ossigeno consumato. Si confrontano i risultati con la quantità di calorie introdotte nell'organismo sotto forme dei singoli elementi alimentari, la quale, come è noto, è (per le combustioni che avvengono nell'organismo) di Cal. 4,1 per proteine e carboidrati e Cal. 9,3 per i grassi.

Si ottiene così il bilancio della nutrizione dell'organismo; i risultati concordano con quelli ottenuti per calorimetria diretta con differenze massime del 0,4 %. Anche questo metodo però se non esige installazioni costose, è assai complicato e lungo, abbisognando di numerose analisi: esso inoltre è, più che altro, adatto per studiare il bilancio della nutrizione nel suo complesso.

Per un largo studio del metabolismo basale e per le sue applicazioni alla clinica, era necessario trovare metodi, che, pur non perdendo di precisione fossero molto più semplici; come sono realmente quelli in uso, e che dobbiamo a Benedict; gli apparecchi successivamente costruiti non sono che modificazioni e non sempre felici di particolari del metodo originario. Il principio su cui questo si basa è il seguente. Il calore prodotto (rispettivamente emesso) dall'organismo è dato dai processi di ossidazione: questi, implicano il consumo di una determinata quantità di ossigeno (O) la formazione di una data quantità di anidride carbonica (CO_2) e la produzione di una data quantità di calorie (1).

Il rapporto fra la quantità in volume di anidride carbonica emessa e quella pure in volume dell'ossigeno consumato $\left(\frac{CO_2}{O} = \right.$ *quoziente respiratorio*$\left.\right)$ varia secondo la qualità degli elementi alimentari (1 *b*); può ritenersi in media di 0,82, a cui corrisponde un valore calorico dell'ossigeno di 4,825. Quindi se si moltiplica per 4,825 la quantità di ossigeno consumata in un dato tempo, si ottiene il numero delle calorie prodotte, da cui si risale al numero totale nelle 24 ore. Ad analoghi risultati si potrebbe arrivare determinando la quantità di anidride carbonica prodotta, la quale però sembra maggiormente influenzata dalla respirazione anormale o da variazioni individuali.

I dati sull'ossigeno consumato e sull'anidride carbonica prodotta possono ottenersi raccogliendo i gas espirati ed analizzandoli, oppure per spirometria diretta. Con il primo metodo, l'individuo, per mezzo di un sistema di valvole inspira l'aria dell'ambiente e manda, in uno spirometro od in un sacco, i pro-

---

(1) Un litro di ossigeno produce con la combustione di proteine Cal. 4,600, di carboidrati 5,047, di grassi 4,686: si chiama questo: valore calorico dell'ossigeno; un litro di CO_2 derivante dalla combustione di proteine, carboidrati, grassi, corrisponde rispettivamente a Cal. 5,683; 5,047; 6,694.

(1 *b*) Esso è 1 = (CO_2 = O) per i carboidrati, che nella loro molecola contengono quantità sufficiente di ossigeno per bruciare tutto il loro idrogeno: è invece minore (CO_2 < O) per le proteine (0,8) e per i grassi (0,7), che per la completa ossidazione delle loro molecole hanno bisogno di ossigeno in maggiore quantità di quella che contengono. Questi valori teorici corrispondono perfettamente a quelli ottenuti con l'esperienza, tenendo un animale a stretta dieta di carboidrati o proteine o grassi e misurando l'ossigeno consumato e la CO_2 prodotta. Il quoziente respiratorio si abbassa nel digiuno e nel diabete, per l'incompleta ossidazione dei carboidrati e per il prevalente consumo di grassi e proteine.

dotti dell'espirazione. Il sistema della spirometria diretta nel metodo di Benedict è basato sull'osservazione che la quantità di ossigeno assorbita dal sangue è indipendente (fino ad un certo limite) dalla sua concentrazione nella miscela che si respira. Si riempie quindi uno spirometro con una miscela di ossigeno ed aria; l'individuo inspira la miscela e rimanda i prodotti del respiro nello spirometro stesso (circolo chiuso) dopo averli fatti passare in una bottiglia contenente soluzione di soda caustica, che assorbe l'anidride carbonica. Ad ogni respirazione, si osserva che il volume della miscela contenuta nello spirometro si abbassa di una certa quantità corrispondente appunto a quella dell'ossigeno consumato: eventualmente si può conoscere la quantità dell'anidride carbonica dall'aumento di peso delle bottiglie d'assorbimento. Un ventilatore intercalato assicura che la direzione della corrente avvenga sempre nel senso voluto.

La determinazione si esegue al mattino, 14 ore dopo l'ultimo pasto, tenendo l'individuo in completo riposo in posizione supina; lo si fa poi respirare nello spirometro per circa 5 minuti, perchè vi faccia l'abitudine; ci si assicura frattanto che esso non respiri dal naso, che va serrato con una pinza, nè perda aria dal boccaglio, fatto sul tipo delle maschere antigas. Poi si prendono polso e respiro e temperatura dell'individuo, nonchè la temperatura dell'aria nello spirometro e si fa la lettura del volume di aria contenutavi, iniziando l'osservazione. Ogni 2 minuti alla fine di un'espirazione si fa la lettura dello spirometro e si prendono polso e respiro. L'osservazione si continua per 10 minuti ripetendola eventualmente 1-2 volte fino a risultati costanti: alla fine di ogni periodo, che deve terminare con l'espirazione, si tiene conto esatto della durata e si prende nuovamente la temperatura dell'aria nello spirometro. La media delle due letture all'inizio ed alla fine si usa per la correzione della temperatura.

Si fa la correzione del volume di cui è diminuita l'aria dello spirometro, riportandolo a 0° ed a 760°, per mezzo delle tabelle che si trovano nei manuali di fisica: la quantità totale dell'ossigeno consumato, divisa per i minuti di durata dà il consumo di 1': questo, moltiplicato per 4,825 dà le calorie emesse in 1': si rapportano poi ad un'ora od a 24 ore, moltiplicando per 60 o per 1440. Diamo più avanti un esempio dei calcoli da farsi successivamente. Gli eventuali errori che si possono avere nell'esperienza dipendono o da perdite d'aria, per cui è bene controllare tutto il sistema, oppure da mancato assorbimento dell'anidride carbonica da parte della soluzione di soda, che va ricambiata spesso.

Anche quando si operi con grande accuratezza e nelle stesse condizioni si osservano dei valori differenti nei diversi individui, a seconda della statura e della corpulenza. Ciò deriva dal fatto che l'emissione di calore è direttamente proporzionale alla superfiicie del corpo, mentre questa, in rapporto all'unità di peso, è molto più estesa negli individui piccoli che nei grossi: l'emissione di calore di un bambino, o di un soggetto piccolo, è quindi relativamente molto maggiore che quella di un adulto o di un soggetto alto. È questa la legge di Rubuer, secondo cui, per ogni mq. di cute, uomini grandi e piccoli, cavalli, topi, ecc. hanno la stessa produzione di calore. I dati vanno quindi riferiti all'unità di superficie (2)

---

(2) Per determinare la superficie cutanea, si è veduto che la vecchia formola di Meeh $S = 12.3 \sqrt[3]{p^2}$ (S = superficie cutanea: p = peso in Kg.) non fornisce risultati esatti dando errori del 13-36 %; perciò Du Bois e Du Bois l'hanno modificata come segue:

$S = p^{0,425} \times a^{0,725} \times 71,84$ (a = altezza in cm.).

Quando si tenga conto anche dell'età e del sesso, si ottengono nei diversi individui risultati costanti, che sono espressi dalle formole di Harris e Benedict:

per uomini:

$C = 66,4730 + 13,7516\,p + 5,003\,a - 6,7550\,e$

per donne:

$C = 655,0955 + 9,5634\,p + 1,8496\,a - 4,6756\,e$

(C = calorie in 24 ore; e = età in anni).

Dreyer, osservando che il metabolismo basale, non è soltanto funzione della superficie cutanea, del peso e dell'età, ritiene di poter raggiungere una maggiore approssimazione, tenendo conto specialmente dell'altezza del tronco e della circonferenza toracica. Riporto qui la sua formola $C = \frac{pt^{n}}{e^{0.153} \times k}$ dove pt è il peso teorico in grammi; k una costante = 0,1015 per uomini e 0,1127 per donne; n=0.5. Il peso teorico si ottiene facendo la media dei pesi che corrispondono all'altezza del tronco $pa = \sqrt[na]{ka \times at}$ ed alla circonferenza toracica $pc = \sqrt[nc]{kc + ct}$ e $pt = pa + pc$: dove pa = peso in rapporto all'altezza del tronco; ka è una costante = per uomini 0.38025, per donne 0.36093; na = per uomini 0.319, per donne 0.313; at = altezza del tronco; pc = peso in rapporto alla circonferenza toracica; kc = 0.662 per uomini, 0.30213 per donne; ct = circonferenza toracica; nc = 0.365 per uomini, 0.284 per donne. Con la formola di Dreyer si avrebbe nei vari individui una deviazione di 5.27 %

cioè al mq.; in tali condizioni si ottengono negli individui normali, risultati molto concordanti, che permettono di prevedere con lievi errori quante sono le calorie emesse da un individuo normale, di cui siano noti il peso, il sesso l'altezza, l'età.

I valori medi normali (calorie per mq. all'ora) sono dati dalla tabella di Aub e Du Bois.

Anni di età	Maschi	Femmine
14-16	46.0	43.0
16-18	43.0	40.0
18-20	41.0	38.0
20-30	39.5	37.0
30-40	39.5	36.5
40-50	38.5	36.0
50-60	37.5	35.0
60-70	36.5	34.0
70-80	35.5	33.0

Facendo il rapporto dei risultati ottenuti nel caso in esame con i valori medî si ottiene la variazione, che si esprime in per cento.

Diamo un esempio dei calcoli da eseguirsi.

Con un uomo di 45 anni, peso Kg. 65, altezza m. 1,68, si è avuto per ogni minuto un consumo di ossigeno (diminuzione dello spirometro) di 270 cmc. = l. 0,270 (si suppone già fatta la riduzione a 0° e 760°).

l 0,270 × 4,825 (valore calorico dell'ossigeno) = 1,322 (calorie per 1').

1,322 × 1440 (minuti in 24 ore) = 1903 (calorie in 24 ore).

Dalla formula di Du Bois si deduce che un individuo di tale altezza e peso ha la superficie di mq. 1,74 (in luogo della formola, si può conoscere la superficie cutanea, mediante il diagramma annesso);

1,74 × 38,5 (calorie orarie per mq. di uomo fra i 40 e 50) × 24 = 1607 (calorie emesse in 24 ore da un uomo di eguale peso, altezza, età).

Secondo la formola di Harris e Benedict si avrebbero invece calorie 1600.

Facendo poi il rapporto fra i due valori, trovato e calcolato, si ha 1607 : 1903 = 100 : x, e quindi $x = 118$, ossia il metabolismo basale dell'individuo in esame è del 18 % superiore a quello del normale, ciò che si esprime con + 18. Se invece si fossero avuti nella prova solo 220 cmc. di ossigeno consumati, si otterrebbero calorie 1527, e facendo il rapporto, 93: cioè il metabolismo basale dell'individuo in esame sarebbe 100-93 = 7 % inferiore al normale, ciò che si esprime con — 7.

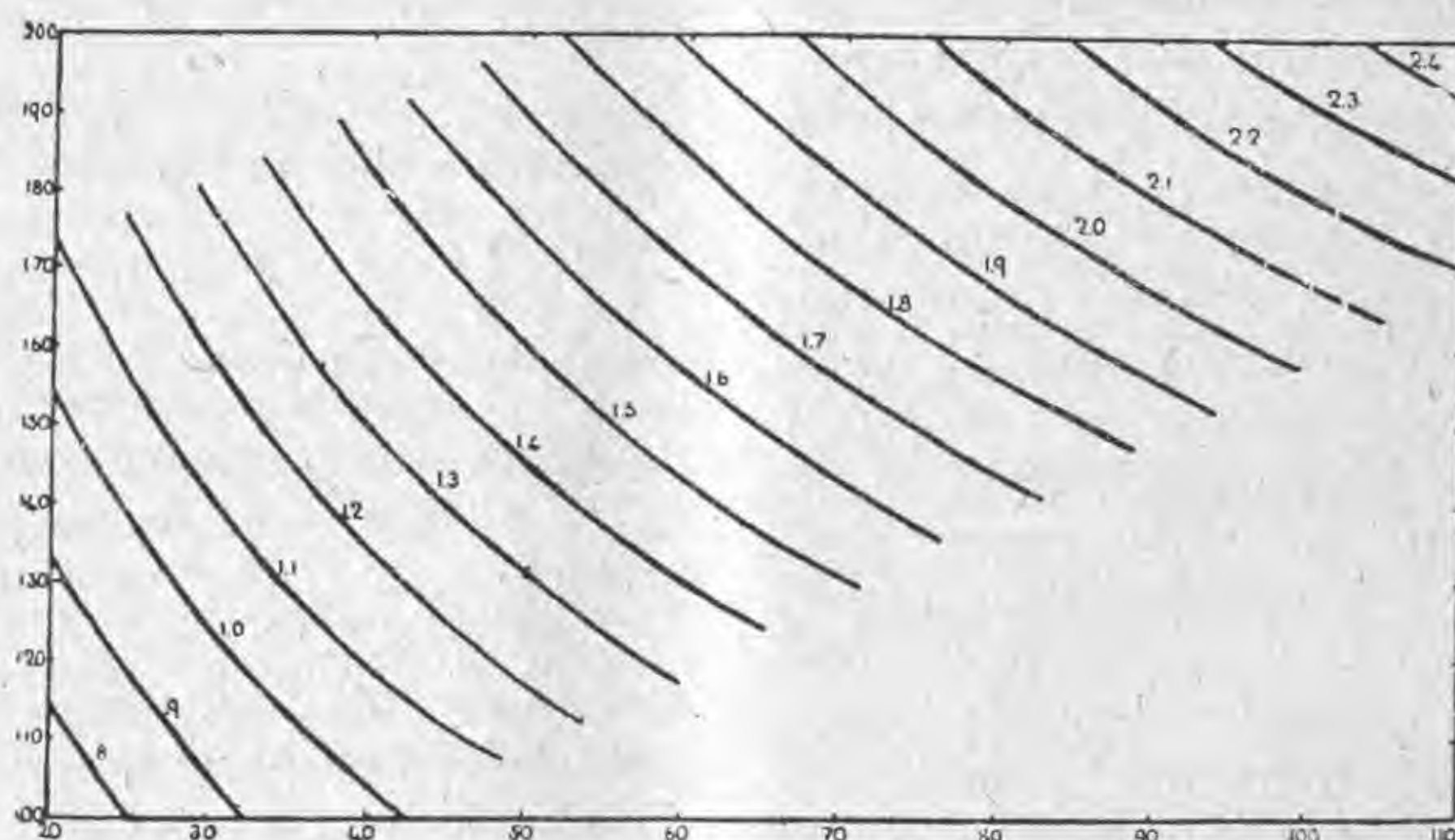



Diagramma per il calcolo della superficie cutanea secondo la formola Du Bois (Meakins e Davies).

I numeri 100, 110 ... 200 esprimono l'altezza in cm.
» » 20, 30 ... 110 » il peso in kg.
» » 0.6, 0.8, 1.0 ... 2.4 » la superficie in mq.

La superficie cutanea si trova al punto di incrocio delle linee indicanti l'altezza ed il peso: i valori intermedî si calcolano tenendo conto che la distanza fra le linee è di 5 mm.

Tutti i detti calcoli si abbreviano notevolmente con l'uso dei logaritmi ed ancor più con l'uso di tabelle e di grafici che si trovano nel manuale di Boothby e Sandiford (3).

Il sistema a circolo chiuso è stato criticato soprattutto perchè si ritiene che un individuo possa respirare nuovamente l'aria espirata da quello dell'osservazione precedente; a parte il fatto ch l'aria espirata, prima di entrare

---

nei maschi e di 6.33 per le femmine, con quelle di Harris e Benedict, rispettivamente 5.33 e 6.36. Non è infrequente trovare riportate dette formole con errori: cito, fra gli altri BOUCHARD. *Trattato di patologia generale*, trad. italiana. Utet, 1900; H. GRAY e H. F. ROOT: *Boston med. and surg. Journ.*, 28 apr. 1921.

(3) W. M. BOOTHBY e SANDIFORD. *Laboratory manual of the technic of basal metabolic rate determination.* Saunders, Philadelphia, 1920.

nello spirometro viene lavata nella soluzione di soda, lo spirometro può vuotarsi alla fine di ogni osservazione e riempirsi nuovamente con aria pura; le parti poi che vengono a contatto con la bocca si disinfettano con l'ebollizione.

La praticità del sistema e la diffusione che ha raggiunto sono dovute al fatto che le determinazioni vi si compiono con la semplice lettura di volume e non con complicate analisi di gas. L'errore, quando si proceda con accuratezza non supera 0,06 % (4), ciò che è del tutto trascurabile, quando si tenga conto che le variazioni patologiche eccedono sempre il 10 % dei valori medî; ciò per altro non esime dall'eseguire le osservazioni sempre con la massima precisione, per la importanza, che possono assumere le piccole variazioni nei casi-limite.

Come si è accennato, invece dell'ossigeno consumato, può farsi la misura dell'anidride carbonica prodotta: l'individuo respira l'aria dell'ambiente; i prodotti espirati passano in una bottiglia con cloruro di calcio (assorbimento del vapor acqueo) poi in una con calce sodata (assorbimento di anidride carbonica) poi in una con cloruro di calcio (assorbimento della umidità dell'anidride carbonica): l'aumento in peso delle due ultime bottiglie dà il peso in g. di anidride carbonica prodotta; il metodo che offrirebbe la stessa accuratezza che quello di Benedict (5) non vale per i diabetici in cui è alterato il quoziente respiratorio. La quantità media di anidride carbonica in grammi eliminata per ora e per mq. è la seguente:

Anni	Uomini	Donne
15-20	14.02	12.75
20-30	12.38	11.95
30-40	12.86	11.85
40-50	12.52	11.74
50-60	12.21	11.57
60-70	11.86	11.05
70-80	11.53	10.71

IL METABOLISMO BASALE IN CONDIZIONI FISIOLOGICHE.

Come si è accennato, la misurazione del M. B. dà scarse differenze fra i diversi individui: nello stesso soggetto, la variazione può raggiungere un massimo di 10,5 % ed è in media del 5 % (6). La donna presenta le maggiori variazioni (4-14 %, in media 10 %), ed ha un M. B. più basso che l'uomo di circa il 10 %; negli atleti esso invece è del 6 % maggiore che nel normale (7).

Il M. B. tende a crescere nel pomeriggio, diminuisce del 5-20 % nel sonno, aumenta del 5-10 % nella posizione seduta, in confronto di quella supina; le cifre più basse si hanno nel soggetto sdraiato sopra una poltrona con i piedi in alto (8).

Forti aumenti si hanno con l'esercizio muscolare anche lieve: dopo aver percorso Km. 2 e 3/4 e salito due capi di scale, si sono avute le variazioni seguenti:

	Prima dell'esercizio	Dopo
Soggetto A	+ 5	+ 63
» B	— 8	+ 43
» C	+ 1.8	+ 88
	+ 1.5	+ 67
» D	— 2	+ 32

Per il moderato esercizio richiesto dal fatto che il soggetto si reca per l'esame alla clinica, basterà lasciar trascorrere 1/2-1 ora in completo riposo.

Lo stato mestruale avrebbe una certa influenza (6), notandosi un innalzamento nel periodo premestruale e durante i mestrui, seguito poi da un abbassamento: le variazioni non oltrepassano il 10 % e sono recisamente negate da altri (9): notevole aumento è stato osservato anche nella gravidanza (10).

Nei ragazzi, fino alla pubertà, il M. B. è, secondo le ricerche di Du Bois (11) circa il 25 % maggiore che negli adulti, ciò che spiega e giustifica l'appetito dei ragazzi che crescono; nelle ragazze della stessa età è molto minore che nei maschi, senza che si notino differenze fra l'età pubere e prepubere, come hanno potuto osservare Benedict e Hendry in numerosissime esperienze (12). Nei piccoli

(4) G. W. MC CASKEY. *Basal metabolism determinations with the original portable Benedict apparatus and a simplified method of calculation.* Journ. of am. med. Assoc., 1921, n. 15, pag. 978.

(5) R. PEARL. *Determination of the B. M. from the carbon-dioxide elimination.* Bull. of the J. Hopkins hospital, sett. 1921.

(6) M. SNELL, F. FORD, L. G. ROWNTREE. *Studies in B. M.* Journ. of Am. med. Assoc., 1920, vol. 75, n. 8.

(7) G. DREYER. *The normal M. in man and its relations to the size of the body and age expressed in simplae formulae.* Lancet, 7 agosto 1920.

(8) E. F. DU BOIS. *Respiration calorimeter in clinical medicine.* Am. Journ. of med. sciences, giugno 1916.

(9) M. O. P. WILTSHIRE. *Some observation on B. M. in menstruation.* Lancet, 1921, 20 ag.

(10) J. MEAKINS, H. W. DAVIES. *B. M. rate* Edinburgh med. Journ., 1922, n. 1.

(11) E. F. DU BOIS. *The M. of boys 12, and 13 years compared with the M. of other ages.* Rif. in Journ. of Am. med. Assoc., 1921, p. 1688.

(12) F. G. BENEDICT, M. F. HENDRY. *The energy requirements of girls from 12 to 17 years of age.* Boston med. and surg. Journ., 1921, p. 217.

bambini il M. B. è piuttosto basso ed assai variabile (13), incominciando a crescere rapidamente verso i 5 anni (10).

Anche il clima ha probabilmente qualche influenza, essendosi osservato che nello stesso individuo (operaio) il M. B. era minore del 10 %, nell'Africa tropicale che a Berlino: complessivamente però non si osservarono differenze per i dati ottenuti su gruppi di soggetti nelle due località (14).

Tra i fattori che influenzano notevolmente il M. B. è da mettersi la iponutrizione, non nel senso di un digiuno sia pure totale ma breve, ma in quello di una nutrizione insufficiente continuata a lungo (15): di fatto, mentre il M. B. è costantemente basso in individui iponutriti, in un soggetto digiunante per 30 giorni, il M. B. che era nei primi giorni + 12 si trovava ancora dopo 15 giorni a + 4 discendendo poi gradatamente fino ad arrivare a — 13 dopo 30 giorni; cifre assai basse si osservano in soggetti con stenosi esofagea, cardiospasmo, ecc. Certamente tale osservazione complica l'interpretazione del M. B., poichè spesso i soggetti patologici sono in stato di denutrizione, e quindi l'ottenere risultati normali potrebbe anche dipendere da condizioni che compensano l'influenza depressiva dell'iponutrizione. Nei piccoli bambini, invece, quest'ultima non abbassa il M. B. tanto che esso è stato trovato nell'atrofia infantile, anche del 60 %, e più, superiore alla norma (13).

(13) F. TALBOT. *Symposium on B. M.* Boston, giugno 1921.

(14) W. CASPARI. *Umschau.* Rif. in Chemical Abstracts, 1921, vol. 20.

(15) F. G. BENEDICT. *The measurements and standards of B. M.* Journ. of am. med. Assoc., 1921, 23 luglio.

IL METABOLISMO BASALE IN CONDIZIONI PATOLOGICHE

Febbre. Salvo nella tubercolosi, dove è originariamente basso per le scadenti condizioni di nutrizione, il M. B. presenta un aumento in rapporto con la temperatura ed un andamento analogo, qualunque sia la causa della febbre, si tratti cioè di tifoide, di malaria, di febbre da iniezione di proteine, ecc. Dalla costanza di tali risultati, Du Bois (16) è indotto a riconoscere una grande analogia di questa osservazione con la legge di van 't Hoff sulla velocità di reazione in rapporto alla temperatura, secondo cui la prima aumenta di 2-3 volte per ogni 10°: il coefficiente della temperatura è cioè di 2-3; entro questi limiti, si trova appunto l'aumento del M. B. che nelle febbri fra 37° e 40° mostra un coefficiente di 2,3. Nelle febbri con brivido (malaria, iniezione di proteine) si nota, durante questo, un aumento del M. B. che può arrivare fino a 216 % oltre il normale: in seguito il M. B. è alto per l'ipertemia e decresce con l'abbassarsi della temperatura. L'aumento di questa non è dunque da attribuirsi a diminuzione nell'eliminazione del calore, ma invece ad aumento di produzione; nemmeno può essere in causa un anormale metabolismo dell'acqua, non avendosi irregolarità nella perdita di calore per evaporazione. Lo studio del quoziente respiratorio dimostra poi che nella febbre non vi è cambiamento del metabolismo dei grassi e carboidrati, ed è invece assai elevato quello proteico, parallelamente al grado di tossiemia.

Il metabolismo basale nella febbre (E. Du Bois). I singoli risultati sono indicati dai punti, che sono per la maggior parte compresi nel 10 %, sopra o sotto il normale (linee punteggiate). Il M. B. aumenta col crescere della temperatura.

Sistema endocrino. Soprattutto il M. B. appare regolato da alcune ghiandole a secrezio-

(16) E. F. DU BOIS. *The B. M. in fever.* Ibidem, 1921, 30 luglio.

ne interna: già questa influenza può presupporsi quando si consideri la grande influenza che tali ghiandole esercitano sullo stato di nutrizione, sulla costituzione, sull'attività dei diversi processi dell'organismo. Gli esperimenti ed i fatti clinici confermano queste vedute: con l'asportazione delle ovaje e dei testicoli, si ha rispettivamente una diminuzione del 20 e del 14 % per Kg.; ammessa da taluno, ma comunque incerta è l'azione della pituitaria: sembra che il M. B. aumenti nell'acromegalia e diminuisce nell'ipopituitarismo (17): altri invece (6) in malattie connesse con tale ghiandole (diabete insipido, sindrome di Fröhlich) avrebbe trovato valori variabili da — 10 a + 10 e nessun effetto apprezzabile con la somministrazione di estratto pituitario.

Nessuna influenza sembra esercitare il fegato: non è improbabile invece che i surreni possano avervi qualche parte, avendo Sandiford dimostrato un aumento di 4-48 % con l'iniezione sottocutanea di adrenalina.

Ma il principale regolatore del M. B. è la tiroide; quando si eliminino i casi con febbre, si osservano, nel 95 % di tutti quelli con aumento del M. B., note di ipertiroidismo sia esso dovuto a gozzo esoftalmico o ad adenoma tireotossico (18). Sono frequenti, nel primo, aumenti di + 20 a + 82 e nel secondo da + 13 a + 45 ed anche a + 60, e parallelamente si ha aumento della frequenza del polso. Nell'adenoma tireotossico, l'ingrossamento della tiroide si osserva molto tempo prima che si sviluppino sintomi, l'esoftalmo è meno frequente, l'andamento caratterizzato da remissioni, per cui la diagnosi può essere dubbia; il carattere tireotossico dei sintomi (nervosismo ,tremore, tachicardia, talvolta fibrillazione auricolare, perdita di peso e di forze) che spesso vengono ritenuti di origine cardiaca, è confermato dall'aumento del M. B. Questo invece è affatto normale nell'adenoma non tossico, talvolta anche minore, arrivando a — 29: cosìi pure nel gozzo delle adolescenti: il rapporto di tali gozzi con una futura condizione di iper- od ipotiroidismo non è ancora nettamente stabilito.

Del tutto opposte sono le condizioni nella ipofunzionalità della tiroide: il M. B. di individui stiroidati è — 30, — 40; nel mixedema, quando il M. B. è — 15 o — 17, si può già avere formazione di edema dopo gli sforzi fisici e scomparsa col riposo: ciò è dovuto al fatto che la tiroxina (il principio attivo, chimicamente puro, isolato da Kendall) viene rapidamente consumato in quantità maggiore di quanto la tiroide sia capace di produrre, ed allora il M. B. discende di qualche punto, e si ha l'edema. In altre condizioni, non associate ad ipotiroidismo, esso può invece abbassarsi anche a — 40 senza che si formi edema: il rapporto di questo col M. B. è quindi di grande importanza nella diagnosi differenziale dell'ipotiroidismo da altre malattie associate a basso M. B.; nei cretini, questo è stato trovato da — 7 a — 25 (6): nell'ipotiroidismo, anche se poco accentuato, il M. B. tende sempre ad essere minore del normale.

Dal punto di vista diagnostico, tenuto conto che l'ipertiroidismo è caratterizzato da presenza di un eccesso di tiroxina, che aumenta la formazione di calore, la determinazione del M. B. ha notevole valore per distinguere i casi lievi di gozzo esoftalmico dalle svariate condizioni, che vanno sotto il nome di sindrome da sforzo, azione disordinata del cuore, neurosi cardiaca, instabilità nervosa, astenia neurocircolatoria: in tutti questi stati si trova spesso qualche sintomo del gozzo esoftalmico ed eventualmente, un gozzo colloide, nelle regioni dove esso è endemico. Poco sussidio possono dare le iniezioni di adrenalina; nemmeno la curva di eliminazione del glucosio (studiata con la determinazione dello zucchero nel sangue dopo la somministrazione di 100 g. di glucosio), può dare risultati apprezzabili, avendo Boothby dimostrato che non vi è stretta rispondenza fra eliminazione del glucosio e M. B., sebbene le curve alte e prolungate si abbiano più spesso in individui con iper- che con ipotiroidismo.

In mancanza di altri dati, si potrà trarre un fondato giudizio dal M. B. che nei casi accennati, quando non vi sia ipertiroidismo, è normale.

Altre importanti indicazioni fornisce il M. B. per la decisione ad atti operativi. Vi sono poche altre malattie, che esigano maggiori cautele riguardo all'intervento chirurgico, di quelle necessarie nei casi di marcata tiroxicosi, ed è quindi indispensabile pesare bene tutte le condizioni prima di intervenire. Si può ritenere (19) che i pazienti con M. B. non oltre + 35 possano venire sottoposti a tiroidectomia parziale, anche senza precedenti legature dei lobi. Evidentemente non è del solo M. B. che si deve tener conto, ma anche degli altri

(17) W. M. BOOTHBY. *The basal metabolic rate in hyperthyroidism.* Ibidem, 1921, 23 luglio.

(18) W. M. BOOTHBY. *The fundamental classification of diseases by the basal metabolic rate.* Ibidem, 1921, 8 gennaio.

(19) F. LAHEY e SARA MURRAY JORDAN. *B. M. as an index of treatment in diseases of the thyroid.* Boston med. and surg. Journ., 1921, 7 aprile.

segni clinici di intossicamento, come pure di eventuali lesioni associate miocardiche o renali. Quando il M. B. è fra + 35 e + 50, occorre grande discernimento per scegliere fra le due operazioni: talvolta la decisione può farsi soltanto sul tavolo operatorio, quando si vede la reazione del paziente all'anestesia e specialmente la frequenza, il ritmo, il carattere del polso: nei casi dubbi è meglio attenersi alla legatura dei lobi. Solo a questa si deve ricorrere nei pazienti con M. B. oltre + 50, per i quali però è necessario prima vedere la reazione all'anestesia (fatta con scopolamina, morfina, novocaina con ossido nitroso ed ossigeno) eventualmente rimandando l'operazione o limitandola alla legatura di un solo lobo. Estreme cautele si deve avere per i soggetti con oltre + 75 per i quali si saggia dapprima la reazione per la sola visita alla sala operatoria e per la sola anestesia all'ossido nitroso + ossigeno, senza intervento; eventualmente, si procede poi all'allacciatura di un lobo, e, dopo 10-15 giorni, a quella dell'altro. È bene tener presente che, alla legatura di un lobo, segue un aumento temporaneo del M. B., che poi si va abbassando.

Come esempio dell'effetto degli atti operativi, riportiamo uno dei casi di Lahey, riguardante una signorina di 22 anni.

Data		Polso	Peso	M. B.	Atti oper.
29 dic.	1919	130	kg. 38	+ 72	
30 »	»				legatura di 2 lobi
12 genn.	1920	96	34	+ 100	
5 marzo	»	106	41	+ 23	
6 »	»				tiroidectomia parziale
15 »	»	96	36	+ 29	
30 aprile	»	84	43	— 5	

Non è da ritenersi che il decorso di tutti i casi sia analogo a questo: ve ne sono taluni in cui si hanno dopo l'intervento, significanti miglioramenti clinici, aumento di peso, senza che il M. B. discenda in proporzione. Anche in questo campo, come del resto in tutta la medicina, le generalizzazioni sono pericolose, ed è invece necessaria una rigorosa individualizzazione: l'aumento del M. B. è realmente un indice della iperfunzione tiroidea, ma sarebbe fallace se solo o principalmente su di esso si volesse fondare la diagnosi, la prognosi, le decisioni per l'intervento, giudizî, che risultano invece dal complesso dei sintomi clinici.

Il M. B. in malattie diverse. Tubercolosi. Mc. Brayer ha trovato che nei casi incipienti, il M. B. è aumentato oltre il 10 % nel 61 %, normale nel 35 %, diminuito nel 4 %: nei casi medî ed avanzatî, è aumentato nel 57 %, normale nel 38 %, diminuito nel 5 %; in verità tale fatto appare abbastanza strano, tenuto conto che i tubercolotici sono per lo più in stato di iponutrizione. Mc. Brayer spiega tale aumento, come pure quello dello zucchero nel sangue, con la stimolazione dei surreni da parte della tossina tubercolare, e conseguente inibizione delle isole di Langerhans, stimolo della glicolisi e della tiroide: si avrebbe quindi la produzione dei sintomi ipertiroidei, che si osservano spesso in casi di tubercolosi incipiente o cronica.

A questa osservazione potrebbe in verità obbiettarsi che nei tubercolosi si trova generalmente ipotensione, obbiezione, che non ha grande valore, poichè è noto dalle esperienze di numerosi autori (Mc. Clure, Trendelenburg e altri) che la secrezione surrenale non ha influenza apprezzabile sul mantenimento della pressione sanguigna, salvo in dosi tanto elevate da sopprimere la peristalsi intestinale.

Obesità. Si riteneva un tempo che fosse assai basso, basandosi su calcoli errati in riguardo alla superficie cutanea: da ricerche recenti, risulta invece normale.

Febbre tifoide. Vi è un aumento del 40 %, in qualche caso una diminuzione fino a — 50 (8): la dieta ad alto contenuto di calorie non dà aumento in confronto a quella povera. D'altra parte, l'azione specifica dinamica delle proteine, dovuta allo stimolo sul protoplasma cellulare da parte dei prodotti metabolici deaminoacidi, è minore del normale o quasi assente: ciò porta alla conclusione pratica che i tifosi abbisognano di un maggiore nutrimento, che i normali, e che essi assimilano bene l'alimento senza aumentare la produzione di calore, come si temeva. Vi è inoltre una notevole distruzione di proteine, come è dimostrato dal bilancio dell'azoto, che è sempre in perdita, probabilmente in conseguenza delle tossine; tale distruzione può avvenire limitata con l'introduzione di larga quantità di carboidrati. Nei primi giorni di convalescenza poi il M. B. è più basso del normale e si eleva in seguito del 15-20 % in più del normale, come conseguenza del maggiore apporto di alimenti.

Anemie. Nell'anemia perniciosa progressiva, il M. B. è talvolta sotto il normale; nella leucemia linfatica è + 50 % forse per l'anormale attività ossidante dei leucociti e forse per la formazione di acido lattico. Nella leucemia mielogena, il M. B. è in rapporto specialmente col numero dei leucociti immaturi, piuttosto che col numero totale. I valori più alti si osservano di solito nei casi con abbondanti leu-

cociti e con molti mielociti, oppure quando vi siano molti mieloblasti.

Questi reperti indicano probabilmente grande attività del tessuto leucopoietico, dell'attività del quale il M. B. può ritenersi indice (20).

Diabete. Benedict e Joslin avevano trovato circa + 15 % nel diabete grave: i loro calcoli, però erano stati fatti con la formola di Meeh, la quale nei magri, come sono i diabetici gravi dà errori notevoli; con la formola di Du Bois, invece, si ottiene solo + 3 per mq. Durante il digiuno dei diabetici si ha anche bradicardia e si osservano diminuzioni del M. B. di 10-20 %.

Malattie cardiache e renali. Nella nefrite leggera e nei vizî cardiaci compensati, il M. B. è generalmente in limiti normali: è + 30, + 40 nei pazienti molto dispnoici, aumento dovuto solo in parte ad aumentato lavoro da parte dei muscoli della respirazione e del cuore.

Influenza dei medicamenti sul M. B. Oltre all'adrenalina, a cui abbiamo accennato, la caffeina, in dosi di 60 cg. provoca un aumento dal 7 al 23 %: un leggero aumento si produrrebbe con l'atropina e la canfora a dosi terapeutiche, una leggera depressione con la morfina, nessun effetto con la stricnina e col cacodilato di sodio. Lo joduro di potassio non ha alcun effetto sui normali, mentre nei soggetti con adenomi tiroidei può provocare aumenti dal 20 al 50 % (6), ciò che deve rendere assai cauti nelle somministrazioni di joduri a tali pazienti. Un certo aumento si osserverebbe con la somministrazione di cianuri (3 mg. di cianuro di sodio al giorno) ciò che starebbe in accordo con l'osservazione che minime quantità di cianuri introdotte per via endovenosa negli animali da esperimento determinano uno stimolo respiratorio.

CONCLUSIONI.

Il metabolismo basale è la misura, in calorie, degli scambi di energia in condizioni basali (unità di tempo, unità di superficie del corpo, esclusione di ogni attività estranea ai processi essenziali della vita, quali sono la respirazione, la circolazione, l'attività ghiandolare, il tono muscolare).

La ricerca del M. B. è basata sulle leggi:

1° della conservazione dell'energia e dell'equivalente meccanico del calore;

2° della superficie cutanea (la produzione di calore è uguale per l'unità di superficie).

3° dell'azione dinamica degli alimenti.

(20) A. H. GUNDERSON. *The B. M. in myelogenous leukaemia and its relation to the blood findings.* Boston med. and surg. Journ., 1921, 29 dic.

Il M. B. presenta una certa costanza negli individui normali, costanza, s'intende relativa ed analoga a quella che si osserva a proposito della frequenza del polso o del respiro, della temperatura, ecc.

Il massimo significato del M. B. si ha nelle condizioni di iper- o di ipo-tiroidismo.

Lo studio del M. B. è di notevole aiuto nella pratica medica, come altri metodi di precisione ed analogamente a questi ha le sue limitazioni.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI RIUNITI DI NAPOLI « INCURABILI »
Reparto di Chirurgia diretto dal prof. MARTINO.

Complicazioni “ pre „ e “ post-operatorie „ nelle ernie inguinali

pel dott. NAPOLETANO FERDINANDO, ass. volont.

Ebbi occasione di assistere il prof. Elia Savelli, durante un'operazione di pronto soccorso per ernia strozzata. Il caso presentava tali caratteristiche che credo valga la pena di raccogliere e pubblicare la storia clinica, deducendone brevi considerazioni.

I CASO.

STORIA CLINICA. — Il giorno 10 agosto 1921 veniva trasportato al « Pronto Soccorso » tal R. S., di anni 22, da Napoli, scaricante.

Di costituzione organica e scheletrica ottima, fin dall'infanzia, aveva notato una tumefazione all'inguine destro e l'assenza di un testicolo nella borsa scrotale. Presentatosi al Consiglio di leva, per la chiamata alle armi della classe 1899, fu riformato per la ectopia testicolare e per l'ernia.

Ma in una successiva rivisita dei riformati, fu dichiarato abile ed arruolato al 228° Fanteria.

Durante il suo breve servizio, conscio del suo male, marcò continuamente visita, finchè, sottoposto ad osservazione, venne definitivamente riformato.

La tumefazione all'inguine era, a dir del paziente, completamente indolora e non gli impediva di adempiere ai propri lavori. Con opportune manovre diminuiva di volume, ma mai completamente, lasciando palpare un corpo duro elastico della grandezza e forma di una mandorla, il testicolo.

Da tre o quattro giorni, intanto, ha incominciato ad avvertire vivi dolori in corrispondenza del tumore erniario, irradiantisi a tutto l'addome con vomiti incoercibili ed alvo completamente chiuso. L'ernia era diventata del tutto irriducibile. Il decubito preferito era il supino con le cosce semiflesse sull'addome: volto differente e pallido: polso frequente e debole, ma non aritmico.

Ispezione. — La tumefazione, della grandezza di un'arancia, si portava dall'orificio esterno del canale inguinale verso la regione crurale destra, tanto da simulare, ad occhio e

croce, una vera ernia crurale. La cute, di colorito oscuro, era spostabile.

Palpazione. — Con una sola mano si riusciva a circoscrivere tutta la tumefazione, che presentava limiti netti in tutti i sensi. La consistenza era dura renitente: si suscitava vivo dolore alla pressione. Non si riusciva in alcun modo a palpare il testicolo.

La percussione dava suono timpanico-ottuso.

Intervento. — Previa cloro-etere-narcosi, si pratica un taglio alla D'Antona, prolungandolo in basso verso la radice della coscia, seguendo l'asse maggiore della tumefazione stessa.

Appena diviso il cellulare sottocutaneo e pinzettati i vasi sanguinanti si cade immediatamente sul sacco, che viene inciso a strati. Aperto il sacco, vien fuori del liquido ematico ed appare un'ansa intestinale di colorito rosso fosco ed ectasica.

Il testicolo, alquanto atrofico, era piazzato indietro.

Si pratica lo sbrigliamento in alto e si cerca di tirare fuori l'ansa per ispezionarla, ma essa rimaneva come inchiodata. Allora si prolunga il taglio in alto e si trova un altro diverticolo comunicante col sacco, per mezzo di un foro ristretto, attraverso il quale era passata l'ansa. Si trattava insomma di un sacco biloculare, avente nel mezzo un diaframma perforato attraverso il quale l'ansa intestinale era passata e si era strozzata.

Si incide la porzione anteriore che agiva da briglia strozzante e così solo si riesce a tirar fuori l'intestino per ispezionarne le condizioni. Trovatolo sano, si riduce. Con pazienza si dissecano tutti gli elementi del funicello, indi si disseca il testicolo, si crea la loggia testicolare mancante e si fissa il testicolo allo scroto.

Decorso post-operatorio. — Il giorno dopo il paziente incomincia subito a migliorare: emette dei gas ed al terzo giorno ha la prima scarica alvina: l'addome ridiventa trattabile; il polso ritorna normale: lo stato generale è ottimo.

In capo ad una settimana la ferita operatoria guarisce *per primam*, malgrado lo zaffo lasciato nella parte più declive.

Secondo le ultime vedute embriologiche, il canale peritoneo-vaginale sarebbe preformato alla discesa del testicolo nel sacco e ciò spiega la contemporaneità dell'ernia con l'ectopia testicolare.

Ora nel nostro caso il canale peritoneo-vaginale si è andato chiudendo dal basso in alto fino in corrispondenza dell'orificio esterno, in modo che il viscere erniato, non potendo procedere in basso, si è fatto strada nella spessezza della parete addominale, costituendo quella varietà di ernia congenita che Tillaux chiama *interstiziale*.

All'anomalia di sede si unisce quella della forma del sacco, che si presenta, come abbiamo visto, biloculato a guisa di *otto*. I due diverticoli comunicano tra di loro per mezzo di un piccolo foro. Circa la genesi del diverticolo superficiale bisogna immaginare che il viscere erniato, trovando ostacoli insormontabili lungo il tragitto normale, preme sulle pareti del sacco, finchè questo si sfianca e cede là dove incontra minor resistenza, cioè dove incontra tessuto lasso e spostabile e precisamente sotto la cute.

Da quanto abbiamo sopra illustrato si deduce:

1) che in tutti i casi di ernia congenita strozzata, apparentemente crurale (Sellerings-Crucillà), con ectopia testicolare, bisogna andare guardinghi per non ledere la glandola seminale;

2) che la ricerca della sede reale dello strozzamento può riuscire alquanto difficoltosa, potendo esso trovarsi fuori degli anelli inguinali, al di là dello orificio interno (come nel caso su descritto) o in più punti contemporaneamente.

II CASO.

Mentre nel caso precedente, per arresto di discesa, il testicolo s'era andato a situare nel tessuto lasso sottocutaneo, al disopra della *fascia transversalis*, in quel che vado a descrivere ci imbatteremo pure in un'ectopia testicolare non dovuta, però, a nessuno arresto di discesa, ma ad una complicanza *post-operatoria* in seguito ad una cura radicale d'ernia.

STORIA CLINICA. — Lagatta G., di Salvatore, di anni 17, da Pomigliano d'Arco, contadino, di costituzione organica e scheletrica buona, il 18 luglio 1921 viene ricoverato nel nostro reparto per ernia inguinale.

Anamnesi personale. — Da piccolo ha sofferto una delle solite forme esantematiche. Da circa un anno ha notato una tumefazione alla regione inguinale destra, del tutto riducibile con adatte manovre. Dandogli fastidio, durante i lavori pesanti, a cui deve sottoporsi pel suo mestiere, si decide a farsi operare.

Senza dilungarmi nella descrizione dell'atto operatorio sin troppo noto, mi limito a far rilevare che il sacco era tanto aderente agli elementi del funicello che, nell'isolarlo, per la trazione esercitata sugli elementi stessi, il testicolo venne fuori dalla propria loggia: cosa del resto che ho visto accadere di frequente. Isolato il sacco, rispettando sempre tutte le norme di asepsi, per *inversum iter* si ricolloca il testicolo a posto, completando, come al solito, l'operazione alla Bassini.

Decorso post-operatorio. — L'ammalato non ha febbre nei giorni successivi, nè avverte alcun dolore. Al quinto giorno si va a scoprire e si trova la regione inguino-addominale alquanto rilevata, ma senza traccia di infiammazione, senza che la pelle sia tesa od arrossita.

Tolti i punti con la palpazione si nota che il testicolo, sfuggendo dalla borsa scrotale, si è andato ad indovare al disotto della pelle, ad

immediato contatto con la cicatrice epidermica.

Per la dignità professionale e per umanità non si poteva dimettere dall'ospedale, con un sol testicolo nella borsa, un adolescente in pieno rigoglio di vita, che era entrato con tutti e due i testicoli. Perciò alla distanza di due o tre settimane lo si sottopone ad un nuovo intervento, per fissare definitivamente la glandola seminale al suo posto.

Questa seconda volta si ha suppurazione della ferita con reazione infiammatoria al testicolo, che, però, resta in sito.

Per quanto abbia consultato non ho trovato descritto complicazioni post-operatorie del genere. Come durante il mio assistentato presso una sala, dove si praticano in media circa trecento operazioni di ernie all'anno, non me n'erano mai capitate. Eppure ho visto spesso scappar fuori dalla loggia il testicolo, durante l'intervento per manovre brusche, come ho seguito parecchie orchiti traumatiche post-operatorie, unitamente a suppurazioni estese, ma mai avevo visto il testicolo abbandonare definitivamente la propria loggia.

Ho creduto, pertanto, utile la pubblicazione di esso, perchè possa ammonire, specie noi giovani, che nei varii tempi dell'operazione bisogna andare con calma e seguire un determinato metodo, ricordando che la fretta, da non confondersi con la sveltezza, spesso è indizio semplicemente di poca conoscenza anatomica.

III CASO.

Un'altra complicazione dell'ernia, alquanto rara rispetto al numero straordinariamente grande di operazioni che si praticano tutti i giorni, è l'*ascesso del sacco*, quantunque molti fatti, che pur si osservano tutti i giorni, non sempre vengono pubblicati, sia per la mancanza di tempo, sia pel poco interesse che suscitano e quindi sfuggono alla statistica.

STORIA CLINICA. — Verso la fine di giugno 1921 venne ricoverato d'urgenza il fontaniere C. S., di anni 64, da Napoli.

Da circa 25 anni soffriva di ernia inguinale destra, completamente riducibile. Ha portato sempre un cinto elastico e, dato il suo mestiere relativamente leggero, non ha avvertito mai alcun disturbo. Se non che da circa tre mesi ha incominciato ad avvertire dapprima dolori vaghi all'addome, poscia delle vere forme di coliche abbastanza frequenti, finchè da qualche settimana non è riuscito più ad andar di corpo, nè ad emettere gas, malgrado due purganti oleosi. Per il troppo dolore era stato costretto a togliere il cinto ed in questi ultimi tempi s'era accorto che la tumefazione da riducibile diveniva irriducibile. Non ha avuto conati di vomito, nè s'è accorto d'essere febbricitante.

L'*ispezione* fa notare una tumefazione di forma ovalare quasi parallela alla piega dell'inguine, della grandezza di un grosso limone: la pelle di colorito normale, era facilmente sollevabile in pliche.

La *palpazione* faceva rilevare dei limiti ben netti, una consistenza dura elastica, senza alcuna menzione di fluttuazione.

La *percussione* dava suono ottuso.

Intervento. — Sospettoso circa la vera diagnosi, m'accingo ad operare sotto l'affettuosa direzione del prof. Savella. Incido a man sospesa cute e connettivo sottocutaneo, indi con la guida cerco di aprire una breccia nella parte antero-superiore del sacco. Ma appena praticato un occhiello, vien fuori, sotto forte pressione, uno zampillo di pus bianco sporco, alquanto denso.

Allargo con un bottonuto la piccola breccia ed una enorme quantità di pus, proveniente da una vasta cavità ascessuale, rappresentata dalla parete del sacco, invade tutto il campo operatorio.

La cavità in alto è completamente chiusa, giacchè il dito esploratore non va oltre l'anello inguinale esterno: il pus non contiene materie fecali.

Mi limito, pertanto, a vuotare l'ascesso ed a zaffarlo con garza all'Iodoformio.

Decorso postoperatorio. — L'infermo migliora rapidamente: scomparsi i dolori addominali, l'alvo si rende pervio ai gas ed alle feci. Dopo pochi giorni la cavità ascessuale si riveste di buone granulazioni e va spianandosi, finchè cicatrizza completamente dopo una ventina di giorni.

Che l'infermo abbia avuto ernia è fuori dubbio, perchè la tumefazione era riducibile. Ma si è trattato di un'ernia appendicolare infiammata? È da scartarsi tale ipotesi, perchè il sacco era completamente disabitato.

Bisogna ammettere che l'ernia, per il cinto, sia guarita e che il sacco, diventato cistico, sia caduto in suppurazione. Ma quale strada ha seguito l'infezione? Qual'è la sua origine?

I disturbi a cui è andato soggetto l'infermo durante gli ultimi due o tre mesi fanno senz'altro pensare ad un origine intestinale. I germi della cavità intestinale, per la via ematica, hanno avuto agio di raggiungere il sacco cistico, che, essendo già traumatizzato per l'urto continuo e ripetuto del cinto, ha fornito buon terreno al successivo sviluppo degli stessi, provocando l'ascesso in parola.

Ringrazio vivamente il prof. Elia Savella sia per l'atto operatorio affidatomi, sia per gli schiarimenti fornitimi.

Ponticelli (Napoli), ottobre 1921.

RIVISTE CONSULTATE.

Policlinico, Sez. Pratica, n. 41-42, anno 1910.
Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 21, anno 1911.
Morgagni, annata 1911.
Riforma Medica, annate 1912 e 1914.
Policlinico, Sezione Chirurgica, n. 11, anno 1920: « Ernie inguino-superficiali e diverticoli del sacco ».

NOTE E CONTRIBUTI

AMBULATORIO NEUROPSICHIATRICO
presso il Manicomio Provinciale di Ancona
diretto dal prof. GUSTAVO MODENA.

Manifestazioni nervose da elmintiasi.

Dott. VINCENZO GRIFI.

La esagerata importanza che i medici dello scorso secolo davano alla presenza di entozoi nell'intestino nella causa delle malattie infantili è stata seguita da una savia revisione: i progressi della pediatria hanno molto sfrondato quell'opinione diffusa, che ancora domina nelle campagne e negli ambienti popolari, che i vermi fossero causa di quasi tutti i disturbi nervosi dei fanciulli.

La più precisa osservazione non esclude però che spesso la presenza di elminti valga a rilevare certe costituzioni neuropatiche infantili e che qualche volta siano la precipua, se non l'unica causa di fenomeni, apparentemente gravi, che cedono ad una cura antielmintica senza lasciare alcuna conseguenza.

La presenza di entozoi nell' intestino può determinare la comparsa di fenomeni di varia natura: sono fatti di stimolazione motrice, sotto forma di spasmi tonici o clonici, di contratture parziali o totali, di attacchi epilettiformi o isteriformi, di fenomeni a tipo coreico o coreo-atetosico. E non è infrequente osservare nei fanciulli, in diretto rapporto con la presenza di elminti, sintomi di eretismo nervoso e psichico, qualche volta accompagnati da fenomeni psico-sensoriali, da insonnia, da modificazione del carattere. Seguo da qualche tempo nella numerosa casistica che frequenta l'Ambulatorio Neuro-psichiatrico presso il Manicomio di Ancona, molti fanciulli, e mi sono convinto che assai spesso una opportuna somministrazione di santonina, sospende e guarisce fenomeni che avevano risvegliato preoccupazioni nelle famiglie dei piccoli pazienti.

Ma fra tutti quelli che ho avuto occasione di studiare e di seguire, uno mi è sembrato di notevole importanza per le manifestazioni nervose che avevano assunto un carattere di tale gravità da ritenere che più che fenomeno secondario si trattasse di fatto in diretta dipendenza di alterazioni organiche del sistema nervoso centrale.

Quasi improvvisamente un fanciullo di undici anni, fino allora sano e senza alcun precedente morboso famigliare, fu colto da senso di vertigine, debolezza agli arti inferiori, instabilità nell'andatura. Il ragazzo non migliorò dopo qualche giorno e la madre ci ha raccontato, molto preoccupata, che cadeva a terra spesso, senza perdere la coscenza, senza convulsioni, ma in uno stato di contrattura generale, tutto d'un pezzo, incapace di reggersi o di sostenersi. Vi era anche un lieve torpore psichico, cambiamento di carattere; il fanciullo fino allora vispo e vivace, si era chiuso in casa nè azzardava di alzarsi in piedi.

Non aveva mai avuto febbre, nè vomito, mai disturbi degli sfinteri.

Il ragazzo fu condotto all'Ambulatorio il giorno 28 giugno 1921. Camminava con andatura assolutamente spastica, strisciando la punta dei piedi in terra, con le ginocchia un po' rigide. Non vi era cenno di Romberg. Nulla ai nervi cranici, le pupille reagivano bene, un po' aumentato il tono muscolare degli arti superiori con riflessi pronti; molto aumentato agli arti inferiori nei quali si aveva accenno di trepidazione della gamba. Il riflesso di Babinski dava estensione dell'alluce, con leggera flessione a ventaglio delle altre dita. Riflessi cutanei debolissimi. Parla con lentezza strisciando un po' le parole. Durante la visita, invitato a salire sul letto, vi riesce con lentezza; nel discendere cade di colpo all'indietro con il corpo rigido, colle gambe tese e si produce una ferita lacero-contusa al capo. Ai medici presenti che l'hanno osservato ha fatto l'impressione netta di un paziente in stato tetanico.

Il rapido insorgere dei fenomeni ed i caratteri spastici dell'andatura (caratteri permanenti) lo stato generale del paziente, fecero pensare ad una forma organica: si escludeva la forma isterica per la mancanza di qualsiasi sintomo di questa malattia, e per il modo come il fanciullo cadeva in terra, rigido e con atteggiamento tetaniforme. Non si poteva pensare alla tetania per la mancanza dei sintomi caratteristici (Trousseau-Chwostek). L'anamnesi riferiva che il fanciullo aveva emesso tempo prima dei vermi (ascaridi) e per ogni prevenzione, salvo a indicare altre cure, si prescrisse la santonina. Dopo qualche giorno la madre ricondusse il fanciullo del tutto guarito. Aveva emesso altri vermi intestinali (ascaridi). Negativo l'esame neurologico, scomparsa la vivacità dei riflessi tendinei, Babinski nettamente plantare.

Il caso merita considerazione giacchè il complesso sintomatologico si presentava con i caratteri di una lesione organica del sistema nervoso, e precisamente delle vie motrici piramidali (andatura spastica, riflessi esagerati, accenno a Babinski).

Quale l'origine di questi fenomeni? Il parassita intestinale può agire in due modi: o per l'azione irritativa locale che induce sintomi riflessi, come si è ritenuto da tempo, o per un'azione tossica. Alessandrini e Paolucci hanno dimostrato che gli ascaridi secernono e contengono una sostanza acida e volatile che ha un'azione spiccatamente urticante sulla pelle e sulle congiuntive: tale sostanza può determinare nei soggetti suscettibili, sintomi nervosi per irritazione della mucosa intesti-

nale. E forse questi tossici possono anche agire direttamente sul sistema nervoso in seguito ad assorbimento o indirettamente alterando la secrezione di ghiandole interne o provocando la comparsa di sintomi tetaniformi come nel nostro caso? o non può anche esser base della sintomatologia del caso da me osservato un'azione tossica sulle fibre del fascio piramidale, che abbia provocato la degenerazione primaria delle fibre e che giustificherebbe la sintomatologia? Sappiamo come forme infettive acute diano facilmente transitorie lesioni primarie nelle vie spinali e sono noti i reperti nel tifo ed in altre malattie acute nelle quali si possono avere sindromi transitorie di insufficienza piramidale e al reperto istologico degenerazioni primarie ben rilevabili coi metodi di colorazione indicati da Donaggio.

L'origine riflessa dei fenomeni nervosi per irritazione della mucosa intestinale è pertanto più generalmente ammessa ed è anche noto come alcune forme tetaniche e anche miotoniche possano essere accompagnate e forse suscitate da fatti gastro-intestinali. Ricordo un caso illustrato da Modena e Siccardi in un giovane con fenomeni miotonici nel quale l'esame e l'intervento chirurgico dimostrarono poi l'esistenza di un enorme megacolon.

Non possiamo pertanto trascurare la disposizione nevrotica dei soggetti che presentano fenomeni nervosi da elmintiasi o comunque da irritazione intestinale e che il coefficiente irritativo intestinale o addominale serve forse a rilevare.

Certo che il medico deve sempre e in ogni caso analizzare ogni possibilità e non trascurare nella patologia nervosa infantile anche l'indagine sui parassiti intestinali. Una piccola dose di santonina che noi diamo per due sere consecutive in quantità varia secondo la età, fa scomparire molte volte fenomeni che tengono in ansia i genitori dei piccoli sofferenti.

NOTE PRATICHE.

Per la profilassi e cura abortiva delle rinofaringiti (raffreddori).

Dott. M. GIOSEFFI.

In questo periodo di influenza, di riniti, rinofaringiti, di comuni raffreddori mi sembra utile ricordare come nella profilassi e cura abortiva delle riniti, rinofaringiti, mi ha corrisposto bene un preparato che è già largamente usato in terapia, ma che, per quanto mi consta, non viene usato a questo scopo, o per lo meno non ne è così generalizzato l'uso come meriterebbe. Una prova su larga scala sarebbe prezzo dell'opera.

Si tratta di pennellare abbondantemente la mucosa nasale al *primissimo* apparire della rinite con una soluzione di protargolo al 10 % più volte al giorno. Io seguo questo trattamento da anni su me stesso e nella cerchia della più stretta clientela che posso più facilmente controllare.

I risultati sono stati spesso addirittura sorprendenti. Un raffreddore che sta per scoppiare si arresta come per incanto. Se l'applicazione è tardiva allora può darsi che la rinite segua il suo decorso; generalmente però anche in questi casi essa è più attenuata, di minore durata e tutta la sindrome del raffreddore riesce meno molesta. Mi è venuto in mente di ricorrere alle pennellazioni abbondanti colla soluzione di protargolo, dico abbondanti, affinchè reclinando il capo all'indietro parte della soluzione possa penetrare anche nel rinofaringe, pensando alla azione che il protargolo esercita nella cura di altre infezioni delle mucose a secrezione muco-purulenta, nelle congiuntiviti, nelle infezioni gonococciche. Se l'oculista in una congiuntivite catarrale acuta, in una oftalmoblenorrea ricorre alle pennellazioni della congiuntiva delle palpebre col protargolo al 5-10 % o ne istilla delle goccie nel sacco congiuntivale, se il venereologo ricorre alle irrigazioni mediante soluzioni di protargolo nelle uretriti gonococciche con i risultati noti, perchè non dovremo attendercene degli analoghi nella profilassi e cura abortiva di flogosi della mucosa nasale o naso-faringea, determinate da germi poco dissimili o che facilmente si possono aggredire direttamente?

Conclusione:

Le pennellazioni *abbondanti* della mucosa nasale con una soluzione di protargolo al 10 per cento, *ripetute* più volte al giorno al *primissimo* apparire di un raffreddore meriterebbero di essere largamente usate nella profilassi e nella cura abortiva delle riniti, rinofaringiti o comunque nelle affezioni catarrali delle primissime vie respiratorie.

Parenzo (Istria), febbraio 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Le infezioni secondarie nella febbre tifoide.

(A. RODET e S. BONNAMOUR. *Presse médicale*, 21 dic., 1921).

Malgrado numerose ricerche, lo studio delle infezioni miste o secondarie nella tifoide non ha richiamato molto l'attenzione; anche il loro significato non è stato finora ben chiarito, mentre è probabile che esse debbano entrare in scena con una certa frequenza. Ciò del resto si ammette già per altre malattie, ed è tanto più facile che si verifichi nella tifoide, in quanto che le ulcerazioni intestinali e, talvolta, le escare cutanee possono costituire una porta d'entrata: in certi casi, i diversi microrganismi possono provocare, da soli, delle setticemie ad andamento tifoso, ma quando si uniscono al bacillo di Eberth, imprimono alla malattia una particolare gravità e possono spiegare certe anormalità, che si osservano nella febbre tifoide. Fra le infezioni miste o secondarie, gli AA. non considerano le malattie, come la tubercolosi, la difterite, la sifilide, ecc., che possono coesistere con la tifoide, ma il solo intervento di microbi non specifici (piogeni, enterococco, tetrageno, ecc.).

Le ricerche fatte antecedentemente non hanno tutte lo stesso valore, specialmente per difetti di tecnica (presa di sangue mediante la puntura del dito) sicchè, specialmente nei lavori non recenti si nota una grande preponderanza di germi banali. In complesso però si osserva che tali infezioni secondarie sono più frequenti di quanto si creda; esse possono spiegare l'andamento anormale o l'inefficacia del trattamento specifico. Fra i diversi germi, sono stati isolati i seguenti:

B. coli, riscontrato specialmente in casi di infezioni da ostriche; in un malato sarebbe stato anche causa di polmonite sopravvenuta.

Piogeni: lo stafilococco e lo streptococco, a quanto risulta dai numerosi reperti di diversi autori, sarebbero associati al bacillo del tifo, più spesso di quanto si creda. Omeltchenko è arrivato a trovarli nel 90 % di tifoidi complicate. Molte ricerche con reperti di stafilococco sono però antiche ed eseguite con tecnica non rigorosa, sicchè può dubitarsi che si tratti di inquinamento.

Piocianeo. È stato trovato nei focolai di gangrena polmonare, nel pus di mammite o di ascessi multipli complicanti la tifoide, ed anche, all'autopsia, nel sangue e nella milza.

Enterococco (e diplococchi dello stesso gruppo). Sarebbe l'associazione più frequente e sarebbe la causa di eritemi infettivi, di febbre a tipo intermittente o simil-melitense, e di complicazioni varie (flebite, meningite, ascessi).

Fra i microbi diversi sono stati isolati il *B. mesentericus*, il tetrageno, dei bacilli a tipo *Pasteurella*, degli anacrobi (*B. perfringens*, *B. angulosus*) ed altri incompletamente studiati.

Gli AA. spronati alla ricerca da due autopsie di tifosi in cui avevano riscontrato stafilococco e streptococco, praticarono 36 emocolture di tifosi, scegliendoli fra quelli che per lo stato grave, per il prolungarsi della malattia, per le recrudescenze e la nessuna azione del trattamento specifico erano più particolarmente indicati per la ricerca delle infezioni secondarie. L'emocoltura (in bile o brodo al citrato, e successivo insemenzamento su agar) è stata sterile in 11 casi: in 8 ha mostrato il bacillo del tifo (la scarsità di questo reperto dipende dal fatto che l'emocoltura venne fatta in un periodo tardivo); in 10 lo stesso bacillo associato ad altri, in 5 dei germi diversi, in uno probabilmente un anaerobio, in uno un fungo inferiore non studiato.

In generale tutte le emocolture che hanno dato germi diversi da quello di Eberth, si riferivano a malati, mostratisi più o meno refrattarî alla sieroterapia. I germi isolati furono: 3 volte l'enterococco, 2 lo streptococco, 8 lo stafilococco, 1 il tetrageno, 1 il piocianeo, 1 un germe simile a questo: in un caso si sono avuti simultaneamente: bacillo del tifo, enterococco, streptococco e stafilococco.

Dei 5 casi in cui vennero isolati entero- e streptococco, 4 morirono; in quello che sopravvisse, la malattia ebbe decorso prolungato (50 giorni) con febbre setticemica, e complicazioni diverse (bronco-polmonite, otite, escare). Meno gravi sono stati i casi con solo stafilococco o tetrageno (2 morti su 8), in cui però si ebbero complicazioni e lunga durata della malattia. Guarirono invece i 3 casi in cui si isolarono microbi diversi (piocianeo, simil-piocianeo, fungo inferiore). Fra gli 8 casi con solo bacillo di Eberth, si sono avuti 5 morti; va però tenuto presente che i casi erano stati scelti fra i più gravi; anche fra i guariti si ebbero decorso lungo e complicazioni, e non è improbabile che la gravità sia stata in rapporto con un'associazione microbica, che l'emocoltura non è riuscita a mettere in evidenza. Fra gli 11 malati ad emocoltura sterile, 2 sono morti all'autopsia in uno si è trovato lo stafilococco, nell'altro ulcerazioni del ceco, miocardite, ateroma aortico), in quelli guariti, si ebbero spesso complicazioni (bronco-polmo-

nite, suppurazioni) che dimostravano infezioni secondarie sfuggite alla emocoltura, è quindi probabile che tali infezioni siano state presenti in proporzione piu notevole che quella rivelata dall'emocoltura.

Anche all'autopsia, in casi con e senza emocoltura precedente, furono isolati diverse volte dei germi, oltre al bacillo di Eberth ed al coli, e cioè 3 volte lo streptococco, 1 il piocianeo, 1 un *Proteus*, 2 una varietà di paratifo alcaligene, parecchie volte lo stafilococco. Certamente il valore delle ricerche batteriologiche all'autopsia è relativo, tenuto conto dell'invasione agonica dei visceri; però questi risultati confermano l'importanza delle infezioni secondarie nella tifoide.

È dunque da ritenersi che le associazioni microbiche sono frequenti nelle forme gravi e prolungate della tifoide ed in quelle che terminano con la morte. Particolarmente temibili sono l'enterococco e lo streptococco; a questi germi vanno riferiti i casi antecedentemente pubblicati con reperto di diplococchi.

Meno grave è l'associazione dello stafilococco e del tetrageno, che però si esplica con diverse complicazioni e costituisce un fattore di lunga durata della malattia; il meno temibile sembra il piocianeo. Comunque la presenza di germi associati costituisce una condizione di resistenza al trattamento specifico, che può venirne frustrato.

È inoltre probabile che vi sia una certa relazione fra le infezioni secondarie nella tifoide e la presenza di ulceri nel crasso, sia che queste costituiscano una porta d'ingresso ai germi, sia che le ulcerazioni del ceco, del colon e del retto riconoscano una causa diversa da quelle dell'ileo e siano conseguenza dell'infezione sopraggiunta; è questa soltanto una ipotesi, che però è in armonia con i reperti degli AA. sulla discordanza e sul difetto di sincronismo fra le lesioni del crasso e quelle del tenue nello stesso malato.

In una nota preventiva (*Presse méd.*, 1922, 28 genn.) M. Bloch e P. Hébert criticano l'ipotesi di Rodet e Bonnamour circa l'infezione ascendente con punto di partenza nelle ulcerazioni intestinali ed espongono i risultati affatto opposti ai precedenti ottenuti in 19.285 emocolture di tifosi. Di esse, 6.156 sono state positive; 283 tifo; 4.480 para A; 853 para B, ma non mai altri bacilli o cocchi grampositivi. Nei rarissimi casi in cui si è avuto sviluppo di tali forme microbiche, estranee al gruppo del tifo, si è potuto dimostrare la contaminazione accidentale per difetto di tecnica.

FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Contributo al trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare.

(Dott. H. STÖCKLIN. *Zeitschrift für Tuberkulose*).

Nei casi nei quali la cavità pleurica sia obliterata da aderenze si può ottenere il collasso polmonare con interventi chirurgici di varia specie; uno dei più semplici interventi consiste nell'eseguire una pneumolisi extrapleurica e nel riempire lo spazio che rimane tra la pleura parietale e la parete toracica col cosiddetto piombo di paraffina.

L'*impiombamento* dello spazio extrapleurico è stato giudicato da alcuni come un ingenuo tentativo non chirurgico, da altri è stato usato con più fede e con risultati buoni. Tra questi ultimi sono da ricordare Eiselsberg, Ranzi e Neumann, Sauerbruch, Kalb, Oeri e l'autore del metodo: Baer.

Il principale rimprovero che si è fatto al processo di impiombamento è che, nella maggior parte dei casi, la paraffina usata veniva successivamente espulsa come un corpo estraneo. Bisogna ammettere però che la sorte tardiva del materiale usato per l'impiombamento dipende molto dalla tecnica operatoria e molto dal trattamento postoperatorio. Anche l'A. ha veduto nei primi casi espellere il *piombo* per suppurazione; ma successivamente, migliorata la tecnica, l'inconveniente non si è più verificato.

TECNICA.

Per preparare il *piombo* viene usata paraffina che fonde a 50°-52° e meglio ancora sarebbe usare paraffina fondente a temperatura più bassa. Alla paraffina si aggiungono vioformio e carbonato di bismuto ambedue nelle proporzioni 0,5 - 1 %; di essi il primo serve a conferire alla miscela un certo potere antisettico, il secondo ne aumenta l'opacità ai raggi X e ne facilita perciò il riconoscimento nei successivi esami.

Per fare la mescolanza si usa paraffina fusa; la miscela viene poi liberata dalle impurità eventuali filtrandola su garza e il filtrato viene raccolto in scatole di latta. Queste, dopo che sono state riempite, ben chiuse e avvolte in tela, vengono sterilizzate nell'autoclave. Infine, per ottenere che la mescolanza solidificandosi abbia una uniforme distribuzione dei componenti la miscela, le scatole che la contengono, durante il raffreddamento, vengono a lungo agitate.

Prima dell'operazione i recipienti vengono

tenuti in termostato per 24 ore a una temperatura di poco inferiore a quella di fusione. Allora la paraffina diviene molle, può facilmente essere estratta dalla scatola e modellata nelle cavità nelle quali si vuole applicare.

Il paziente deve essere preparato all'operazione possibilmente con l'espettorazione di tutto il materiale raccolto nelle cavità polmonari per evitare che esso, rimanendo nel polmone compresso, possa dar origine a complicazioni. I pazienti vengono perciò invitati a mettere in pratica tutti quegli artifici ad essi ben noti, mediante i quali possono ottenere di espettorare completamente. Bene è anche somministrare un po' di liquore anisato di ammonio.

L'operazione viene eseguita in anestesia novocainica, coadiuvata da iniezioni di morfina e scopolamina, attuata o sotto forma di anestesia paravertebrale o di anestesia da conduzione degli spazi intercostali.

Il processo primitivo di Baer consisteva in una incisione anteriore a livello della seconda costa. Le fibre dei mm. pettorali venivano separate per via ottusa e un pezzo della seconda costa veniva resecato sotto il periostio.

Si è però in seguito notato che la resezione della costa non è necessaria e che basta sezionare l'unione osteo-cartilaginea della costa, lussare questa in alto o in basso e rimetterla a posto in fine. Si evita così la persistenza di una comunicazione con la cavità impiombata e si rende difficile che il piombo possa venire a far prolasso sotto la pelle.

Lo scollamento extrapleurico o anche al di fuori della fascia endotoracica avviene per via ottusa; esso è ora facile ora difficile secondo la saldezza delle aderenze. Per lo più difficile è lo scollamento dell'apice e spesso limitato alla sola sua superficie anteriore; verso il lato si riesce a scollare fino alla linea ascellare posteriore; verso il basso fino alla 4ª o alla 5ª costa; medialmente si può raggiungere il mediastino, ma si proceda cautamente e non si vada sotto la seconda costa.

Eseguita la pneumolisi, la cavità extrapleurica, la cui profondità dipende dalla capacità di collabire del polmone, viene provvisoriamente riempita con garza. Dopo qualche tempo, avvenuta l'emostasi, si procede all'impiombamento con pezzi di paraffina grandi circa come cinque franchi, ciascuno dei quali viene applicato e modellato comprimendolo verso lo scheletro toracico. Le quantità che occorrono sono 600-1000 c. c. Riempita la cavità — senza comprimere il polmone collabito — un grosso pezzo di paraffina viene applicato sulla sua apertura a guisa di coperchio e la costa viene rimessa a posto. Poi i muscoli e la pelle vengono ricuciti a strati.

L'operazione dal dorso fu eseguita da Sauerbruch per primo. Attraverso un'incisione situata tra la scapola e la colonna vertebrale si reseca parte della terza e eventualmente anche della quarta costa. Lo scollamento polmonare avviene come dal davanti; solo si ha molto maggiore comodità per raggiungere l'apice così che, mentre dal davanti con la punta del dito si raggiunge appena l'apice, dal di dietro lo si sorpassa fino a raggiungere le porzioni anteriori degli spazi intercostali.

Tanto nelle operazioni eseguite dal davanti, come in quelle eseguite dal di dietro, l'A. consiglia di suturare i muscoli con seta, poichè questa offre maggiore resistenza alla secrezione dalla cavità, che non manca quasi mai.

La paraffina e le manovre operatorie provocano di regola la formazione di un essudato più o meno sanguinolente che contiene albumina fino al 5 % e presenta nel sedimento prevalenza di leucociti polinucleari. Per la sorte del piombo è ora importante che la pressione non salga tanto da rendere sporgente la regione e da far percepire nella fluttuazione o (a sinistra) da trasmettere le pulsazioni cardiache. Questi segni indicano l'esistenza di un essudato sotto pressione che deve essere punto.

Ordinariamente si evacuano con la puntura 100-150 c. c. di essudato; successivamente l'essudato si forma di nuovo, ma tanto più lentamente quanto più le condizioni restano asettiche e finisce per non formarsi più. L'abbondanza, la purulenza del liquido e la febbre indicheranno le eventuali complicazioni settiche.

L'esperienza dell'A. ha però indicato, che se con punture evacuatrici eseguite a tempo si impedisce che il liquido raggiunga una così alta tensione da dissolvere la sutura o che si stabiliscano fistole attraverso i tramiti dei punti, l'infezione non avviene e il piombo può rimanere in posto indefinitamente. Su 13 pazienti operati il piombo è sempre stato ritenuto e le punture, che si sono dovute eseguire nei primi tempi, sono state talvolta 8-10, talvolta una sola.

INDICAZIONI E RISULTATI DEL METODO.

Nei 13 casi sui quali è fondata l'esperienza dell'A. si trattava di affezioni unilaterali del lobo superiore di un lato mentre il polmone dell'altro lato era sano o quasi.

Essi possono essere divisi nei seguenti 5 gruppi:

1. — Indicazione *ideale* secondo l'antico concetto di Baer (3 casi). Si trattava di lesioni apicali unilaterali prevalentemente sclerotiche senza tendenza a fenomeni distruttivi. Le operazioni furono eseguite dal davanti .Si ebbe miglioramento delle condizioni generali e un arresto del processo locale. Le emottisi non comparvero più; ma lo sputo seguitò a presentare bacilli. Forse un migliore risultato si sarebbe avuto operando dal di dietro.

2. — Piombaggio complementare dopo toracoplastica totale (Sauerbruch). Si trattava di 2 pazienti nei quali, malgrado la pregressa toracoplastica, residuavano delle caverne non completamente compresse. L'operazione fu eseguita dal davanti. I risultati furono mediocri per la ragione che, essendo mancata la neoproduzione ossea che di solito fa seguito alle resezioni costali, la parete toracica mancava di saldezza e perciò non poteva offrire appoggio al piombo che avrebbe dovuto comprimere il polmone.

3. — Piombaggio come surrogato di toracoplastica. Si trattava di quattro soggetti nei quali esistevano in un lato lesioni gravi e diffuse e nell'altro lato lesioni di una certa entità; le condizioni generali non permettevano che si eseguisse una toracoplastica.

Un operato, a circa due anni dall'operazione; è ora guarito; un'altro è quasi guarito; un terzo ebbe un miglioramento transitorio reso poi vano dall'aggravarsi della lesione dell'altro lato; il quarto, già cachettico, soccombette al settimo giorno dall'operazione per broncopolmonite. L'autopsia di questo soggetto permise di constatare che il piombo era già avvolto da essudati plastici che colmavano ogni interstizio e fece inoltre constatare che era stato colmato completamente quello spazio morto che rimane in dietro, anche dopo le resezioni costali più estese, essendo determinato dalla sporgenza dei processi trasversali delle vertebre.

4. — Piombaggio in casi di pneumotorace incompleto per aderenze pleuriche a livello di atipici contenenti caverne. Si trattava di 3 soggetti nei quali, come in quelli del gruppo precedente, per la bilateralità delle localizzazioni e per le gravi condizioni generali, la toracoplastica era impossibile.

La via d'accesso deve essere indicata dalla sede delle aderenze e la pleurolisi è difficoltata dal pericolo di aprire il pneumotorace. Per questo motivo essa fu insufficiente in 2 casi; nel 3° nel quale potè essere eseguita sufficientemente, si ebbe un miglioramento molto considerevole.

5. — Piombaggio per cura di emorragie considerevoli. Mentre nei casi dei gruppi precedenti più volte si erano avute emottisi non gravi che dopo l'operazione non erano più ricomparse, in questo gruppo è stato classificato un caso nel quale l'indicazione all'intervento fu data dallo stato di anemia nel quale si era ridotto il paziente in seguito a emottisi ripetute. Sembrava che una nuova emottisi avesse dovuto produrre l'esito letale. L'intervento fu eseguito dalla via anteriore e permise di comprimere il polmone con 900 gr. di paraffina. Le emorragie cessarono, ma il paziente dopo alcuni giorni soccombette con segni di broncopolmonite

CRITICA DEL PIOMBAGGIO E COMPARAZIONE CON ALTRI METODI.

Condizione perchè il piombaggio possa riescire utile è che esso venga eseguito in corrispondenza delle parti malate. Se per es., non si riesce a praticare lo scollamento extrapleurico degli apicinelle tubercolosi apicali, che sono le più frequenti, l'operazione è inutile.

A differenza dal piombaggio la cui azione è solamente locale, nelle plastiche toraciche agisce anche una certa azione a distanza; per effetto del restringimento di tutta una metà del torace il volume del polmone diminuisce uniformemente. Inoltre la retrazione tardiva del torace, che continua a progredire anche lungo tempo dopo l'operazione, rappresenta un altro vantaggio. Quando si esegue l'impiombamento invece il collasso si stabilisce tutto in un tempo.

Vantaggi dell'impiombamento sono il lasciare indisturbate le funzioni respiratorie dei lobi inferiori e quelle del polmone dell'altro lato; il fatto che lo stato generale e il cuore, la configurazione del torace, il meccanismo del respiro e dell'espettorazione non vengono quasi affatto alterati. Spostamenti del cuore e del mediastino non compaiono che quando si formino essudati sotto tensione; ma quelle enormi dislocazioni del cuore che spesso si vedono dopo le toracoplastiche e i pneumotoraci non si vedono quasi mai dopo i piombaggi e, se comparissero, potrebbero essere fatte scomparire con le punture evacuatrici degli essudati.

Un pericolo legato al piombaggio è la mobilizzazione dei germi esistenti nelle aderenze che debbono essere lacerate e un pericolo ancora più grave è nella rottura delle caverne.

Nè l'uno nè l'altro accidente si sono mai verificati nei casi dell'A. cosicchè sembra che debbano essere considerati come molto rari.

EGIDI.

PEDIATRIA.

La craniotabe dei lattanti e i suoi rapporti col rachitismo sifilitico.

(MARFAN. *Paris Médical*, n. 52, dicembre).

Bambino di mesi otto, del peso Kg. 4, pannicolo adiposo scomparso, masse muscolari ipotrofiche, nette stigmate di rachitismo, ernia ombelicale, grosso ventre flaccido, cute cosparsa di un discreto eritema papulo-erosivo, cranio dalle vene sottocutanee dilatate, con fontanelle ampie e punti di rammollimento nell'occipitale, nel parietale e nel temporale. A questi sintomi rachitici principali, si aggiungono altri di carattere secondario. Micropoliadenite, vegetazioni adenoidi, otite doppia suppurata. Questa associazione delle alterazioni linfoidi e ossee, che sono la regola, mi hanno indotto a chiamare questa forma osteo-linfatismo.

Nessun disturbo digestivo. Diagnosi sifilide probabile e rachitismo con craniotabe. Reazione di von Pinchet e di Wassermann negative. Pur tuttavia viene sottoposto a trattamento mercuriale. Il bambino va incontro a diarrea, a febbre, a diminuzione di peso, a piodermite. Ora studiando la craniotabe, l'autore, dopo avere lungamente confutato tutte le varie teorie sulla genesi di essa, viene alla conclusione che la vera craniotabe è di origine rachitica e che anzi costituisce la prima manifestazione di questa, sviluppatasi durante la vita intrauterina ed extrauterina. E richiamandosi all'origine del rachitismo, asserisce che esso può essere prodotto da tutte le infezioni e intossicazioni croniche sopratutto nel periodo dell'ossificazione.

E tra tutte le infezioni la più frequente è la sifilide di poi la tubercolosi e quindi le intossicazioni croniche, che risultano dalle affezioni digestive prolungate.

In tal caso è lecito domandarsi: quali sono i caratteri del rachitismo che possono permetterci di supporre l'intervento d'una causa determinata?

Nel rachitismo d'origine sifilitica si possono avere tutte le forme, ma più sovente, una forma clinica speciale che può dirsi specifica per la spirocheta.

Questa forma si distingue: per la precocità del suo inizio, per la predominanza delle alterazioni rachitiche sulle ossa del cranio, per l'anemia intensa, per l'ipertrofia cronica delle linfoglandule e infine per le grosse deformazioni, mentre si sa che il rachitismo d'origine tubercolare e digestivo produce in generale delle deformazioni leggiere.

Perciò non bisogna mai più contentarsi della diagnosi generica di rachitismo, ma bisogna ricercare le cause di esso tanto importanti per la prognosi e per la terapia. In conclusione bisogna ritenere la craniotabe non più un ritardo di ossificazione ma la manifestazione d'un rachitismo precoce, il più sovente d'origine sifilitica, come dimostra il caso riportato.

FAUSTO AMANTEA.

MEDICINA SOCIALE

La morbosità dei ferrovieri.

Il dottor Fabio Marsella (*Giornale di Medicina ferroviaria*, 1921, n. 10) rivela che le assenze dal servizio per malattia degli agenti delle Ferrovie dello Stato vanno progressivamente e fortemente aumentando.

Tale aumento veramente impressionante e che si riverbera sinistramente sul bilancio dell'azienda e quindi dello Stato, non dipende da un effettivo aumento della morbilità ma solo da abusi che l'attuale organizzazione del Servizio Sanitario riesce solo in parte ad infrenare.

Il medico di reparto in effetti fu istituito quasi esclusivamente per l'assistenza fiscale, mentre a prevenire gli abusi erano più che sufficienti il periodo di carenza e la riduzione del salario durante l'assenza per malattia.

Ora che il personale gode dal primo giorno l'intera paga, essendo cessato il freno automatico, gli abusi non si contano.

Il fenomeno dell'aumento della morbilità si è sopra tutto verificato nei grandi centri, dove le tentazioni per ovvie ragioni sono maggiori

Con i compensi che attualmente si corrispondono ai medici dei grandi centri è pretensioso esigere da essi un'opera che per essere efficace richiede molta fatica, molta oculatezza, molto tempo, molta energia.

Nei centri ferroviari del Mezzogiorno la morbosità è più che tripla di quella delle linee.

In Napoli su 5718 agenti addetti ai varii Uffici, presi in esame dall'A., si ebbero, nel 1920, 233.717 giornate d'assenza per malattia e infortunio, ossia una media carenza di circa 41 giornata per ogni agente.

Se si considera che il personale ferroviario è scelto con criteri di rigorosa selezione dai medici di ruolo, che il clima di Napoli è ottimo e che nel 1920 non vi sono state cause eccezionali morbigene, come l'influenza che infierì negli anni precedenti, si deve concludere che gran parte delle assenze sono ingiustificate e sono l'effetto delle sempre crescenti concessioni fatte al personale ammalato, senza una corrispondente adeguata organizzazione sanitaria di accertamento rigoroso. Nè si può ad-

durre oggi, come una volta, a giustificare le eccessive assenze del personale ferroviario, la gravosità del servizio.

Oggi coi nuovi turni di lavoro, con l'orario di otto ore, non vi è più alcuna ragione di quell'esaurimento da fatica, che prima consentiva al medico di accordare qualche giorno di riposo quando il ferroviere francamente gli diceva: Non sono malato, ma mi sento molto stanco. I medici allora, con un certificato che poteva anche essere tacciato di compiacenza, adempivano opera riparatrice di ingiustizie sociali.

Essi che vedevano sorpassati i limiti fisiologici della resistenza organica del lavoratore e comprendevano i pericoli per la salute, che potevano derivarne, accordavano il riposo anche quando non si era arrivati allo stadio vero della malattia e mitigavano così le asprezze di certi turni di lavoro troppo faticosi e talora inumani, senza adeguati turni di riposo e con periodi irrisorii di congedo annuale.

Oggi le cose sono completamente cambiate. I turni di servizio si fanno d'accordo col personale. La media oraria giornaliera effettiva per il personale di macchina è di 5 ore o poco più. Il massimo orario settimanale è di 48 ore.

Del resto le assenze eccessive non si verificano solo nel personale di macchina e viaggiante, ma anche in quello degli Uffici o nelle Officine, per cui nessuna specificità di servizio ferroviario vero e proprio si può addurre. Vi è stato un Ufficio, composto di 73 agenti, che nel 1920 ha avuto 223 casi di malattia con 3036 giornate. Un altro Ufficio con 138 agenti ha avuto nel decorso anno 899 casi di malattia con 6551 giornate complessive.

Di tale morbosità non si ha idea in altre aziende. L'A. ha voluto assumere al riguardo informazioni precise ed ha portato il suo esame alle Ferrovie Secondarie di Napoli, alle Tramvie, alle grandi Officine metallurgiche di Pattison, Armstrong, Ferrovie Meridionali, alle Poste e Telegrafi, ai Vigili urbani, ecc., ed ha potuto constatare che la media carenza annua per ogni agente non raggiunge le 10 giornate.

Intorno a tale cifra o di poco superiore si aggirava anche la media morbosità annua presso la Rete Adriatica.

Si deve quindi ritenere che questa sia la cifra normale, che pure è superiore a quella (di 7 giornate) dataci dalle statistiche straniere e presa per base dal Comitato Tecnico Ministeriale per lo studio dell'Assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Considerando per gli agenti di Napoli come morbosità normale quella di 10 giornate per ognuno, si dovrebbero avere annualmente 57.180 giornate di assenza, che a L. 22 ciascuna dovrebbero importare una spesa di lire 1,147,960. Le restanti 176,537 giornate si devono ritenere non giustificate da vere e proprie ragioni di salute, pur figurando come tali. Tali giornate sono regolarmente retribuite con una media di L. 22 ciascuna ed implicano una spesa complessiva di L. 5,241.774. Se poi si considera il personale necessario per sostituire gli assenti si viene alla conclusione che in Napoli vi sono 714 agenti in più del necessario. Difatti le giornate effettivamente lavorative, tolti i 52 giorni di riposo settimanale, i 26 giorni di congedo normale e le 40 giornate di malattia, si hanno giornate lavorative effettive n. 247, per il quale bisogna dividere la somma di giornate 176,537 per avere il numero di 714 agenti suddetti, che importano un onere di L. 7,140,000, calcolando a 10,000 lo stipendio medio del ferroviere. Una somma cioè superiore a tutto il bilancio sanitario nell'anteguerra.

Un raffronto dimostrativo è quello fra la spesa che sostengono le Ferrovie dello Stato per il personale infermo ed altre Aziende.

Nel 1920 nelle officine ferroviarie dei Granili vi furono giornate 29,078 di assenze per malattia e infortuni, mentre all'Arsenale se ne ebbero per lo stesso motivo solamente 5068 con un numero eguale di operai.

Si deve osservare che la paga media dei ferrovieri dei Granili è di L. 22 al giorno, che si corrispondono integralmente per tutto il periodo della malattia. La paga media degli operai dell'Arsenale è di lire 20, che si riducono a 10 in caso di malattia.

Per i Granili lo Stato ha sostenuto nel 1920 una spesa di oltre 600.000 lire, mentre per l'Arsenale non ha pagato per lo stesso motivo che circa 50.000 lire. L'Officina ferroviaria di Pietrarsa con 796 agenti ha avuto 33.022 giornate di assenza per malattia e 6.745 per infortunii. Totale giornate 39.767 che a 22 lire importano una spesa di L. 874.874 mentre le Officine di Pattison con un personale quasi doppio di circa 1400 operai e con lo stesso genere di lavoro non hanno avuto che 8300 giornate con una spesa di circa L. 83.000. È da notare che per i due medici addetti al servizio sanitario Pattison spende oltre 20.000 ossia 1/4 della somma che eroga per sussidi di malattia, mentre le Ferrovie dello Stato per il servizio d'accertamento e di cura degli operai di Pietrarsa non corrispondono ai medici addettivi, a prescindere dal valore dei biglietti, che circa

2000 lire, ossia 1/40 di ciò che spende per sussidi di malattia.

Per gli 11 medici di riparto di Napoli Centro la nostra Amministrazione non spende per assegni fissi che 9800 lire annue.

Nel campo delle indennità d'infortunio poi si deve notare che Pietrarsa dà una carenza di 6.735 giornate con una spesa di L. 148.440, per sola inabilità temporanea, mentre la Cassa Nazionale Infortuni per i suoi 5034 operai assicurati di Napoli per lo stesso motivo non ha speso che L. 45.720, a cui aggiungendo lire 56.175 spese per indennizzo di 42 casi di inabilità permanente, si ha una cifra di 144.894 sempre inferiore alla somma pagata dallo Stato per l'Officina di Pietrarsa per la sola inabilità temporanea, senza tener calcolo delle permanenti e con un personale di *gran lunga inferiore.*

La grande differenza si spiega sopratutto col diverso trattamento di malattia fatto alle due categorie di personale. Per i ferrovieri non vi è, come per gli arsenalotti e per gli operai degli Stabilimenti privati, la stessa spinta dell'interesse al lavoro. È questa la grande molla dell'attività umana. I ferrovieri hanno la paga intera, mentre agli altri si riduce della metà.

Ad ovviare ad un così grave inconveniente, non riparabile per ovvie ragioni ritirando le già fatte concessioni ai ferrovieri, l'A. consiglia una trasformazione del servizio sanitario dei grandi centri.

L'attuale sistema di arruolamento e di compenso dei medici ferroviari non è il più acconcio alle necessità del momento. Un efficace controllo fiscale non si potrà avere fino a quando i medici non dedicheranno tutta la loro attività ad un così importante servizio, cioè fino a quando non sarà loro assicurata una conveniente carriera ed un congruo stipendio.

dr.

CENNI BIBLIOGRAFICI

The practical medicine series, Vol. I *General medicine*. Un vol. in 16°, di pag. 617 con tavole e figure, rilegato. The year book publishers, Chicago, 1921. Prezzo del volume dollari 2.50, della serie dollari 12.

Sotto la direzione generale di C. L. Mix, si sta pubblicando una serie di 8 volumi destinata a mettere al corrente dei progressi compiuti nelle scienze mediche e chirurgiche. La trattazione della materia è fatta non già sistematicamente, ma raccogliendo i sunti di diversi lavori pubblicati nei due ultimi anni, sicchè il lettore trova qui riunito quanto è stato scritto recentemente sull'argomento che lo interessa, senza ricorrere a numerosi periodici, che non sempre può avere a portata di mano. Il presente volume comprende la medicina interna, ed è edito a cura di F. Billings e di B. O. Raulston; precedono poche pagine su alcuni argomenti di indole generale (vitamine, proteinoterapia, ecc.) e seguono poi le diverse malattie raggruppate nello stesso ordine di un manuale di patologia (malattie infettive, dei bronchi, del cuore, ecc.).

Per dare un esempio del modo con cui sono stati scelti gli argomenti, riportiamo i titoli dei lavori al capitolo sulla pneumonite: Il meccanismo dei portatori; la chimica del sangue nella polmonite influenzale; diagnosi e complicazioni della broncopolmonite; effetti dannosi della respirazione superficiale; il glucosio nel trattamento della polmonite; la sieroterapia nella polmonite lobare; il trattamento col siero antipneumococcico; la polmonite sperimentale; patologiá, patogenesi, vaccinazione. I periodici citati sono quasi tutti di lingua inglese.

fil.

GERHARTZ H. *Taschenbuch der Diagnostik und Therapie der Lungentuberkulose.* Un vol. in 16° di pag. 292 con 67 fig. e 16 tav. Urban e Schwarzenberg ed. Vienna, 1921. Prezzo marchi 57.60.

Il libretto, che è già alla sua terza edizione, è destinato al medico pratico per il quale sarà di incontestabile utilità. Nella prima parte, sono descritti, con il sussidio di numerosi schemi, figure, fotografie, i metodi essenzialmente clinici per arrivare alla diagnosi, la differenziazione con altre malattie, i rapporti fra trauma e tubercolosi polmonare, la tecnica ed il significato della radiografia, ecc. Nella seconda parte sono date tutte le indicazioni per la cura sia generale, sia dei diversi sintomi, la tecnica del pneumotorace; seguono tabelle che elencano i diversi preparati specifici, i sanatorî tedeschi. Nelle tavole, alcune delle quali colorate, sono raffigurate le reazioni cutanee alla tubercolina, i preparati microscopici di sputi e numerose radiografie.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BOLOGNESI GIUSEPPE. *Presenza di testicolo e di utero nel sacco erniario di un uomo.* — Bologna, L. Cappelli, 1921.

GUELPA. *Traitement avec succès rapide d'un volumineux aneurysme de la crosse de l'aorte.* — Clermont, Imp. Daix et Thiron, 1921.

PIGHINI GIACOMO. *Glandole endocrine e sangue nei polli iniettati con adrenalina e con colina.* — Reggio Emilia, Coop. fra Lavoranti tipogr., 1921.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Lesioni del midollo spinale consecutive alla rachianestesia.

A. Muller (*Deutsche Med. Wochenschr*, numero 20, 1921) alla serie già numerosa di accidenti midollari, passeggeri o duraturi, dovuti a rachianestesia, aggiunge le due osservazioni seguenti:

1° Una donna di 28 anni, senza antecedenti patologici, viene nel 3° mese di gravidanza, operata di cisti dell'ovaio sin. Rachianestesia con 0.15 di novocaina e dieci gocce di adrenalina al millesimo. Operazione e decorso postoperatorio senza incidenti.

Un mese e mezzo dopo dolori a livello delle ultime vertebre lombari; qualche settimana passa quando compare debolezza delle gambe. Tre mesi dopo il cammino le è impossibile; in seguito incontinenza di urina, non di feci, non cefalea, non disturbi visivi.

Giunta la gravidanza a termine, il parto evolve normalmente, anzi scompare l'incontinenza di urina.

La paziente viene ricoverata nella clinica dello Strümpell per paralisi quasi totale delle due gambe, del tipo di Wernicke (a carico più dei flessori che degli estensori), con esagerazione dei riflessi, con Babinski, abolizione della sensibilità tattile, muscolare, stereognostica.

Diagnosticata una lesione del midollo dorsale inferiore e lombare superiore, si elimina successivamente dal punto di vista etiologico la sifilide, l'alcoolismo, il saturnismo, una infezione anteriore latente, una mielite da gravidanza, e si incrimina unicamente l'anestesico iniettato a contatto del midollo.

Il fatto che i disturbi siano comparsi un mese e mezzo dopo l'iniezione non infirma la supposizione poichè i fatti clinici e sperimentali hanno da lungo tempo dimostrato che in seguito a rachianestesia sono possibili accidenti anche dopo notevoli intervalli di benessere.

2° Una ventisettenne viene operata per retroversione uterina mobile. Anestesia rachidea alla novocaina adrenalina. Operazione senza incidenti, ma fin dalle prime seguenti ore si constata incontinenza di urine e debolezza degli arti inferiori. Nelle settimane che seguono persistono questi sintomi, quando tre mesi dopo l'operazione l'inferma cade dall'altezza di una dozzina di scalini.

L'indomani è completamente paralizzata delle due gambe e tre mesi dopo ricoverata, notasi che è affetta da contrattura in flessione degli arti inferiori; ogni tentativo di correggere questa posizione provoca scosse dolorose. Vi è paralisi degli sfinteri anovescicali, abolizione dei riflessi addomino-parietale e rotuleo, clono del piede, Babinski bilaterale. La sensibilità di qualsiasi specie è abolita a cominciare dal 7°-8° segmento dorsale. Esistono estesi decubiti sacrotrocanterici: dopo pochi mesi la malata muore.

In questo caso l'A. pensa che se i primi sintomi midollari comparsi il giorno stesso dell'operazione, possono essere riferiti alla rachianestesia, le manifestazioni ulteriori, molto più gravi, devono con molta verosomiglianza essere ritenuti la conseguenza del trauma subito con la caduta — forse di una apoplessia midollare.

MONTELEONE.

Emiatrofia facciale con paralisi multiple dei nervi cranici: forma speciale di trofoneurosi facciale.

Nella malata in questione osservata da M. A. Léri (*Bulletins et mémoires de la Soc. des Hôp. de Paris*, 1921, p. 1594) si trattava di una ventottenne fino all'inizio dell'attuale malattia, sana. Quattro anni or sono accusò dolori violenti a sinistra nelle due mascelle ma, specialmente, nell'inferiore: un dentista consultato, asporta 5 denti. Qualche mese dopo i dolori risalgono fino all'osso malare; intermittenti, frequenti, violenti.

Un anno dopo: diminuzione progressiva di volume della sua guancia sinistra: contemporaneamente dolori alla testa e all'occhio sinistro. Nel maggio 1921 diplopia quasi in ogni direzione. Nel settembre successivo la malata constata che la sua testa va inclinandosi verso la spalla sinistra.

Obiettivamente l'A. nota che la guancia sinistra è profondamente infossata; la tempia è anche fortemente depressa: l'atrofia si prolunga in basso e in avanti fino al mento.

Con la palpazione si nota che l'atrofia è dovuta in gran parte alla scomparsa dello strato sottocutaneo e della bolla di Bichat, ma vi prende anche parte lo strato muscolare (buccinatore, orbicolare delle labbra, l'orbicolare delle palpebre a sinistra, temporale sinistro). Nessun disturbo della sensibilità della guancia la cui pelle è assolutamente normale, nulla a carico delle ossa.

La malata ha notato emisudazione, emicalvizie, emicanizie

La lingua, sporta dell'arco dentario, è nettamente deviata a destra, in riposo nella bocca sembra essere appiattita sul fianco sinistro.

Nulla a carico del palato e del laringe, dell'odorato, del gusto, dell'udito.

A carico degli occhi vi è paralisi dell'adduzione, dell'elevazione, e dell'abbassamento dell'occhio sinistro, cioè paralisi del III paio di sinistra. Notasi anche paresi del VI paio.

La testa ha una costante tendenza ad inclinarsi sulla spalla sinistra. La spalla sinistra è un po' più bassa della destra.

La forza muscolare è leggermente minore sul braccio destro che sul sinistro. Nulla negli arti inferiori.

Il riflesso radiale esagerato a sinistra, manca a destra.

Il riflesso oculo-cardiaco è esagerato. Negativa la Wassermann del sangue.

Concludendo due fatti sono specialmente degni di nota:

1° le particolarità dell'emiatrofia facciale;

2° le paralisi concomitanti dei differenti nervi cranici.

In questa emiatrofia facciale non può parlarsi di trofoneurosi facciale di Romberg per l'integrità della cute, ma di una trofoneurosi facciale atipica anche per l'associazione di disturbi a carico della maggior parte dei nervi cranici omolaterali dal III paio al XII paio. Se aggiungiamo anche i notati disturbi a carico dell'arto superiore opposto, si ha quasi una sindrone alterna che sarebbe e una sindrone di Weber, e una sindrone di Millard Gubler e una emiplegia alterna inferiore.

L'esame di questi disturbi indica, con ogni verosomiglianza un'alterazione mesocefalica estesa che, per le ricerche fatte, non può esser riportata ad una sifilide nè ad una meningite, ma ad una specie di polioencefalite cronica la cui causa ci sfugge, dovendo scartare anche l'ipotesi di una encefalite letargica.

L'osservazione dell'A. viene in appoggio dell'ipotesi emessa da Brissaud che l'emiatrofia facciale sia, non in tutti i casi però, di origine bulbo protuberenziale.

MONTELEONE.

Nevrite crurale nelle infiammazioni del tessuto retroperitoneale lombare.

Si sa quale importanza hanno le nevriti nella diagnosi di alcune affezioni: così la nevrite del crurale può essere un sintomo precoce di coxalgia o d'infiammazione degli organi genitali interni femminili o di appendicite o di psoite, o infine di un'altra infiammazione raramente citata: della suppurazione del tessuto cellulare retroperitoneale.

E. Tygat (Gard) *Le Scapel*, n. 53, dicembre 1921, in riguardo riporta tre casi in cui l'infiammazione del tessuto retroperitoneale era stata sempre preceduta da nevriti del crurale di poi accompagnata con febbre, con l'arto omonimo flesso sul bacino e con difesa dei muscoli addominali. I dolori nevralgici sempre violenti e durarono fino a una o due settimane dopo l'operazione indicata.

A questi tre casi ne aggiunge un altro, in cui durante più giorni, i dolori nevritici del crurale e l'atrofia rapida del muscolo quadricipite furono il solo sintomo di una infiammazione retroperitoneale.

Ciò trova la sua spiegazione anatomica nel plesso lombare da cui nasce il crurale e ci offre dal punto di vista clinico, una buona indicazione diagnostica.

FAUSTO AMANTEA.

Nuove concezioni sulla cura della paralisi infantile.

La prognosi della paralisi infantile lasciata a sè o curata con apparecchi ortopedici è infausta rispetto alla funzione: se si tratta dell'arto inferiore il paziente è obbligato a camminare sui ginocchi e a trascinarsi come uno storpio. Invece la prognosi non è così grave se intervengono adatte cure: diatermia, radioterapia e galvanizzazione.

La prima indicazione è di ristabilire le cellule motrici nervose non completamente atrofizzate e di arrestare il processo della poliomielite: ciò si ottiene con la radioterapia impiegando una serie di tre consecutive irradiazioni in ragione di una serie al mese e con filtrazione di raggi X attraverso cinque millimetri di alluminio. Ciò va fatto quanto prima è possibile. L'autore è stato spinto a questa linea di condotta da un caso di atrofia muscolare progressiva, tipo Aran-Duchenne che dieci anni dopo il trattamento radioterapico si conserva bene.

La seconda indicazione è di combattere l'abbassamento di temperatura nell'arto affetto dalla paralisi che l'autore ha visto arrivare fino a 28 C. in muscoli con R. D. benchè il fanciullo stesse in ambiente riscaldato. L'importanza dell'abbassamento di temperatura si può intuire dal fatto che l'autore ha visto che R. D più o meno completa si può avere soltanto a causa della bassa temperatura in muscoli che fuori di questa condizione hanno le normali reazioni elettriche. Non è sufficiente per com-

battere questo abbassamento di temperatura degli arti paralizzati tenerli avvolti in mezzi caldi, perchè per la cattiva conducibilità dei tessuti il calore non arriva profondamente e abbiamo perciò un difettoso sviluppo dei muscoli, delle ossa e delle cartilagini. A ovviare ciò, giova la diatermia andando da 500 a 1000 milliamperes per quattro o cinque giorni consecutivi.

Dopo aver portato con questo mezzo l'arto paralizzato a una temperatura uguale a quella dell'arto sano, è ora di cominciare la cura elettrica, consistente principalmente in una galvanizzazione ritmica e invertita dei muscoli con R. D. completa o parziale. La cura dura mesi, può durare degli anni, ma non c'è caso per quanto grave in cui non si possa ottenere giovamento con una cura elettrica ben condotta.

(Dott. H. Bordier. *Archives of Radiology and Electrotherapy*, 1921, n. 257).

V. MARZETTI.

La cura chirurgica dell'angina di petto con la resezione del simpatico cervico-toracico.

Jonnesco in una comunicazione all'Accademia di medicina francese, rende nota una seconda osservazione relativa alla cura chirurgica dell'angina di petto con la resezione del simpatico cervico-toracico (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 85° anno, pag. 208).

In un uomo attualmente cinquattaquattrenne, sorgono 8 anni fa lievi sensazioni di stringimento nella regione superiore del torace, provocati specialmente dal lavoro ed influenzati dall'umidità atmosferica. Riscontrata una aortite, non risente alcun beneficio dalla cura tanto che il senso di costrizione e di ambascia respiratoria diviene sempre più frequente e due anni fa sopravviene un ictus: il salasso e la cura iodica portano a miglioramento.

L'esame del sangue dà una reazione positiva: nessun risultato dà la cura mercuriale fatta a più riprese.

Da un anno il cammino, le emozioni danno luogo a dolori irradiantisi dalla regione precordiale a tutto il torace con senso di forte costrizione toracica che rimontava nella regione cervicale e nell'arto superiore sinistro: questi dolori erano accompagnati da senso di soffocazione imminente che durava 10-15 minuti: nessun utile apportarono le cure mediche.

L'esame obiettivo fece rilevare un ipertrofia del cuore assai notevole, una dilatazione dell'aorta di 4-5 centimetri, un soffio sistolico alla base accompagnante il primo tono; bronchite cronica, enfisema polmonare, urine normali, Wassermann positiva.

Il 13 giugno l'A., pratica sotto rachianestesia dorso-cervicale, con due centigrammi di stovaina ed un milligrammo di stricnina, la resezione del simpatico cervico-toracico unilaterale sinistro.

Decorso post-operatorio normale: guarigione in 8ª giornata.

Il malato è stato rivisto nei mesi successivi, il miglioramento prodottosi subito dopo l'operazione si è sempre più accentuato: sono scomparse le sensazioni dolorose; la respirazione è divenuta libera, il cammino non produce alcun senso di oppressione.

MONTELEONE.

La sacralizzazione della V vertebra lombare e i dolori persistenti lombo-sacro-iliaci.

La sacralizzazione della V vertebra lombare, ovvero lo sviluppo esagerato delle apofisi trasverse di tale vertebra fino a giungere alle dimensioni ed alla forma delle ali del sacro, può manifestarsi sia uni, che, bilateralmente.

Spesso silenziose queste lesioni per lo più danno luogo a dolori.

Aimes e Jagues (*Progrès Médical*. Paris, 1921 n. 33) hanno accuratamente studiato le radiopositive di 63 soggetti, adulti, affetti da dolori lombari e sacro-iliaci cronici. In 25 le ricerche sono state negative; in 21 è stata riscontrata l'affezione in discorso associata ad altre lesioni; in 16 si trattava di sacralizzazioni pure.

La sacralizzazione si ritrova, dunque frequentemente nei dolori lombari cronici — e probabilmente anche in soggetti senza disturbi clinici. — Il più spesso si tratta di semplice aumento di volume dell'apofisi trasversa.

Occorre quindi ricercare sempre sistematicamente in assenza di altre cause, per darci una spiegazione dei sintomi accusati, l'esistenza o meno di una sacralizzazione pura. Lance consiglia, per la diagnosi positiva, di considerare la momentanea scomparsa dei dolori dopo l'iniezione profonda di novocaina nell'orifizio lombo-sacrale.

MONTELEONE.

Le iniezioni endorachidee come provvedimento d' urgenza.

R. Bloch ed Hertz hanno osservato i buoni effetti delle iniezioni endorachidee di caffeina, nei casi di accidenti bulbari della rachianestesia (sudori, pallore del viso, midriasi, polso piccolo e raro, sintomi che precedono la sinco-

pe respiratoria): in tali casi con l'iniezione di 15-25 cg. di caffeina, gli AA. hanno veduto ristabilirsi in pochi secondi le funzioni vitali, con respirazione ampia, polso pieno, stringimento delle pupille, scomparsa della obnubilazione cerebrale.

Pure buoni effetti si sono ottenuti anche con l'olio canforato in casi di *shock* traumatico; per l'olio canforato è controindicata l'iniezione endovenosa (pericoli di embolismo) la quale avrebbe anche lo svantaggio di costituire un semplice colpo di frusta, mentre l'iniezione endorachidea avrebbe effetti più duraturi, tenuto conto del maggior tempo necessario per l'eliminazione: l'azione sarebbe anche più efficace, in quanto che sembra che la canfora agisca direttamente sui centri bulbo-midollari, mentre l'azione sul cuore sarebbe solo secondaria e dovuta all'effetto benefico sulla circolazione polmonare. Le iniezioni di olio canforato hanno anche dato buoni risultati in un azotemico per nefrite scarlattinosa.

La tecnica (L. Cheinisse *Presse méd.*, 3 settembre 1921) è semplice: si esegue la puntura lombare, come al solito, nel quarto spazio lombare: se la pressione del liquido è normale, se ne estraggono 10 cmc. iniettando poi lentamente 10 cmc. di olio canforato, tenendo il malato in decubito dorsale; se vi è ipotensione, si omette l'estrazione del liquido. *fil.*

Il trattamento dell'epilessia.

Dipende naturalmente dalla diagnosi: è quindi di essenziale importanza separare dall'epilessia idiopatica i casi di malattia cerebrale organica ed eliminare quelli in cui le convulsioni dipendono da uremia, disturbi intestinali, vermi, saturnismo. L'epilettico va mantenuto in buon stato di salute (controllarlo con la pesatura settimanale) meglio se in colonie in cui si può fare il trattamento all'aria libera e diminuire le cause di ansietà; sotto questo punto di vista è assai importante una vita regolare e nel tempo stesso svariata (R. Armstrong-Jones: *The practitioner*, dicembre 1921). Grande attenzione va rivolta alle funzioni della digestione, ed a quelle secretorie ed escretorie; specialmente combattere in tutti i modi la costipazione ed istituire una dieta opportuna: sotto tale punto di vista, alcuni hanno consigliato la pura dieta vegetariana, che però non ha affatto il vantaggio di diminuire gli accessi, mentre ha l'inconveniente di non dare quello stato di energia, che si può ottenere con una dieta mista.

Lo scopo principale del trattamento è quello di prevenire gli accessi, diminuendone la frequenza e l'intensità: a tale scopo servono i bromuri; l'A. consiglia di dare due volte al giorno (pomeriggio e sera) 30 cg. dei tre bromuri, con sei cg. di luminal sodico; si continua per tre giorni, e si interrompe per altri tre. Se il luminal sodico dà sonnolenza, lo si può sostituire con biborato di sodio. Nei casi con ronzii agli orecchi, può essere vantaggioso l'acido bromidrico (g. 3.8, tre volte al giorno), oppure l'ossichino-teinmeina. Per ridurre il numero degli accessi, possono giovare: il monobromuro di canfora (dosi da 30 cg.), l'ossido di zinco (20 cg.) e, nei bambini, la tintura di belladonna (6/10 di cmc. tre volte al giorno) [tale dose corrisponde a quella massima per l'adulto. *N. d. R.*]; ai bromuri, si può aggiungere il liquido di Fowler (1/10-3/10 di cmc.). Nei casi con pressione elevata è consigliabile il nitrato di potassio (cg. 30-60).

La cura antisifilitica è utile nei giovani, specialmente quando vi siano paresi di nervi cronici ed accessi convulsivi localizzati. Quando l'epilessia è associata all'uremia da affezioni cardiache o renali, è utile la teocina (cg. 20-30, 3 volte al giorno per tre giorni) con tintura di digitale o di strofanto. Possono anche giovare le profonde inspirazioni, all'inizio dell'aura, e, secondo alcuni, anche la compressione delle carotidi. È utile tenere nota esatta del numero degli accessi, anche per controllare l'esito della cura. *fil.*

SEMIOTICA

La bile bianca.

Il liquido che contiene la vescicola biliare nei casi di idropisia per obliterazione del canale cistico, si presenta con aspetto speciale decolorato o leggermente xantocromico, talora come acqua.

Terrier fin dal 1890, scartava l'idea di una origine secretoria di tale «bile bianca» onde il contributo per tale opinione che Grosset, Loewy e Mestrezat apportano (*La Presse médicale*, n. 46, 1921), è di notevole interesse.

Senza descrivere dettagliatamente le tre osservazioni fatte dagli autori notiamo che nel primo caso (calcolo nell'entrata del cistico) all'esame istologico della vescica si trovò che la parete era formata da strati connettivali lamellari su cui direttamente riposava uno strato epiteliale cubico, piano, semplice, senza invaginazioni ghiandolari, nel secondo caso (calcoli nella cistifellea e nel cistico) l'epitelio di rivestimento della colecisti e le ghiandole mancano completamente: la cavità è limitata da uno strato fibroso, la parete è formata quasi esclusivamente da strati fibrosi densi, inglobanti qua e là fibre muscolari lisce, grossi vasi, cellule adipose. Vicino alla cavità vescicolare si nota un focolaio congestivo. Nel terzo caso la parete vescicolare è essenzial-

mente formata da uno spesso strato di tessuto scleroso, percorso da fibre muscolari ben ordinate in fasci, nel cui spessore si trovano in abbondanza capillari dilatati e focolai emorragici diffusi.

Si tratta dunque in tutti e tre i casi di vescicole calcolose a canale cistico obliterato meccanicamente: procedendo ad un completo esame chimico della «bile bianca» e comparando i risultati ottenuti con quelli che si ottengono dalla identiche ricerche eseguite sulla bile cistica, sul siero, e su altri umori (liquido cefalo-rachidiano, contenuto dell'occhio) che caratterizzano gli umori derivati per via fisica dal plasma, risulta che nella «bile bianca» non possiamo parlare di una vera secrezione.

Il substrato minerale infatti della «bile bianca' (substrato costituente nei liquidi l'elemento essenziale per giudicarne l'origine) basato sulla sua cifra di ceneri, di cloruri, sul valore del suo Δ [delta] ne fa un *derivato diretto* dal plasma. L'assenza di bilirubina, sali biliari, mucina, confermano il fatto: noi ci troviamo in presenza di un liquido poverissimo di sostanze estrattive, di un vero «siero minerale». La cifra delle sostanze fisse, quella dell'albumina, allontana la «bile bianca» dal siero mentre l'avvicina al liquido cefalo-rachidiano ad all'umor acqueo, la cui composizione rappresenta un tipo ben definito verso cui tende la perfezione della filtrazione organica, per la realizzazione di una vera *dialisi del plasma*.

Non solo nessuno di questi liquidi contiene molecole colloidali in quantità apprezzabile, molecole sempre grosse (grassi, saponi, colesterine, ecc.), ma la loro composizione può essere calcolata conoscendo quella del plasma e la frazione dializzabile (cristalloide) del fosforo, dello zolfo e dell'alcalinità di questo liquido: la membrana di collodio dei fisici moderni non funziona diversamente dalla vescicola «fibrosa» che ha rivelato agli AA. l'esame istologico. MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1198) *L'acido fenico nelle neuralgie.* — Al dott. A. M., abb. n. 7622:

La cura delle neuralgie e rispettivamente delle neuriti è cura sostanzialmente causale; così le neuralgie del diabetico, del sifilitico sono passibili di una cura antidiabetica e antisifilitica. Putroppo però noi talora ci troviamo disarmati nella ricerca della causa esatta di alcune particolari forme neuralgiche e neuritiche, come in alcune nel campo dello sciatico, del trigemino, ecc. Quando la causa sfugga od anche in quelle in cui, nota la causa, le sofferenze sono gravi e prolungate, si può tentare la terapia fenolica per iniezione, associata o non alla morfina in piccole dosi: si ha quasi sempre un miglioramento del sintoma dolore, sia che, quando è possibile, la cura si pratichi localmente sul decorso del nervo dolente (sciatico, ad es.), o quando si pratichi iniettando il fenolo nei luoghi di predilezione per iniezioni ipodermiche, senza tener conto del nervo leso. *t. p.*

(1199) *L'alimentazione nella febbre melitense.* — Al dott. A. L. abb. 13090:

Il latte non è controindicato nella terapia alimentare dell'infezione melitense; ma è buon consiglio, quando le condizioni dello stomaco e dell'intestino del paziente lo permettano, contravvenire al vecchio dogma *del latte e del letto.* Il malato di melitense deve essere alimentato con alimentazione sostanziosa e abbondante, egli non deve restare a letto anche nelle ondate febbrili; si tenga presente che l'infezione melitense è malattia lunga e che il danno che il medico può causare con le prescrizioni inopportune alimentari può determinare conseguenze anche più gravi di quelle che la malattia per sè non sa provocare.

t. p.

(1200) *Medicinali per via rettale.* — Al dott. E. Reale, Resina:

I medicinali possono introdursi nel retto in forma liquida, come microclismi (con cui si introducono di solito sostanze ad azione generale) facendoli precedere da un clistere evacuante, oppure in forma di suppositorî, usando come eccipiente il burro di cacao; le sostanze da incorporarsi variano a seconda dell'azione che si vuole ottenere; la tecnica di preparazione è di spettanza del farmacista. Salvo quando si miri ad ottenere un'azione locale, questa via di introduzione è riservata ai casi in cui sarebbe malagevole la introduzione per via orale e, specialmente, ai piccoli bambini. Particolare attenzione va richiamata sull'uso dell'adrenalina, che, per via rettale, manifesta a un di presso la stessa azione (rispettivamente la stessa tossicità) che per via ipodermica; va regolata in conseguenza la dose.

fil.

(1201) *Paresi e disartria in gravidanza.* — Al dott. R. S. da Bologna:

Non si danno risposte su quesiti riguardanti casi particolari. Comunque nel caso indicato sembrerebbe opportuno, qualora non fosse stato ancora fatto, l'esame delle urine. *dr.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Disegno di legge concernente la istituzione in Roma di una Scuola di Odontoiatria e Prostesi dentaria.

Il seguente disegno di legge, recante il n. 1239, è stato deposto dal ministro della P. I., sen. M. O. Corbino, di concerto col ministro del Tesoro, on. G. De Nava, alla presidenza della Camera dei Deputati, nella seduta 20 dicembre 1921.

Art. 1. — L'Istituto clinico di Odontoiatria e Prostesi dentaria della Facoltà medico-chirurgica della R. Università di Roma è trasformato in una « Scuola biennale di Odontoiatria e Prostesi dentaria », continuando a far parte della predetta Facoltà.

La Scuola ha per fine: *a)* di promuovere l'incremento degli studi di Odontologia e la diffusione della profilassi dentaria, con speciale riguardo a quella degli operai e dei bambini; *b)* di conferire la laurea di Dottore in Odontoiatria e Prostesi dentaria, che abilita all'esercizio professionale della Odontoiatria e Prostesi dentaria; *c)* di conferire certificati aventi valore di attestazione di adeguata preparazione all'esercizio delle professioni di Odontotecnico e di Odontinfermiere.

Art. 2. — Gli insegnamenti fondamentali obbligatori della Scuola sono i seguenti: *a)* clinica delle malattie dei denti e prostesi dentaria; *b)* patologia dentaria e odontoiatria operativa; *c)* ortodontoiatria.

Le altre materie d'insegnamento saranno stabilite dal regolamento della Scuola.

Art. 3. — Alla Scuola sono aggregate una Clinica ed un Ambulatorio, nei quali è prestata ogni forma di assistenza odontoiatrica, con particolare riguardo alla profilassi dentaria degli operai e dei bambini.

L'assistenza è prestata a pagamento o gratuitamente, secondo le modalità da stabilirsi nel regolamento speciale per la Scuola.

Art. 4. — Sul numero complessivo di posti di Professore ordinario e di Professore straordinario di materie fondamentali obbligatorie della R. Università e dei RR. Istituti d'istruzione superiore, compresi nel ruolo organico approvato col D. L. 24 aprile 1919, n. 719, sono a disposizione della Scuola di Odontoiatria e Prostesi dentaria numero tre posti.

Gl'incarichi d'insegnamento presso la Scuola sono conferiti secondo norme da fissarsi nel regolamento speciale della Scuola stessa.

Art. 5. — Il Direttore della Scuola è nominato con Decreto Reale, su proposta del Ministro della Pubblica Istruzione.

Se la cattedra di clinica delle malattie dei denti e prostesi dentaria è coperta da un ordinario, questi è di diritto Direttore della Scuola.

In caso contrario il Direttore è nominato fra i professori insegnanti della Scuola e su loro proposta: durerà in carica tre anni e potrà essere confermato nell'ufficio.

Per la direzione della Scuola gli è concessa l'annua indennità di lire milleottocento.

Art. 6. — Gli studenti sono tenuti a pagare: *a)* le tasse e sopratasse nella misura stabilita nella tabella annessa alla presente legge; *b)* le speciali contribuzioni di esercitazione, nella misura che sarà determinata dal Regolamento speciale della Scuola.

Art. 7. — I proventi delle prestazioni a pagamento e gli speciali contributi per le esercitazioni, di cui ai precedenti articoli 3 e 6, le eventuali elargizioni di Enti pubblici e privati, per servizi resi e da rendere dalla Scuola, sono lasciati interamente a vantaggio della Scuola stessa, ed erogati nell'acquisto di materiali, per retribuire gli incarichi di corsi speciali d'insegnamento, per compensare prestazioni varie e di natura scientifica, tecnica o manuale di persone chiamate a dare l'opera loro mediante contratto di lavoro; ed in genere a spese di qualsiasi natura attinenti al funzionamento e allo sviluppo della Scuola.

Art. 8. — Il regolamento per la esecuzione della presente legge conterrà le norme relative al funzionamento della Scuola ed in special modo quella riguardante:

a) i requisiti per l'iscrizione alla Scuola dei laureati in medicina e chirurgia e degli studenti, che regolarmente iscritti per un quadriennio ad una Facoltà di medicina e chirurgia del Regno, abbiano superato determinati esami;

b) i criteri e le modalità per la valutazione agli effetti della iscrizione alla Scuola e della laurea in Odontoiatria e Prostesi dentaria degli studi di medicina e chirurgia dentaria compiuti presso Scuole o Istituti speciali di Stato esistenti all'estero, nonchè dei titoli di abilitazione all'esercizio professionale conseguiti all'estero;

c) le altre materie obbligatorie e facoltative di insegnamento, la durata, l'ordine e la misura degli insegnamenti, le modalità degli esami speciali e generali — nei due anni di durata dei corsi;

d) i corsi d'insegnamento per la preparazione all'esercizio delle professioni di Odontotecnico e di Odontinfermiere e il rilascio dei relativi certificati di frequenza.

Art. 9. — Nella parte straordinaria del Bilancio passivo del Ministero della Pubblica Istruzione per l'esercizio finanziario 1921-22 verrà stanziata la somma di lire 500,000, di cui lire 375,000 per le spese inerenti alla sistemazione edilizia e lire 125 mila per l'arredamento scientifico, didattico e clinico della Scuola.

È assegnato in dotazione della Scuola il materiale di qualunque specie ora pertinente all'Istituto clinico di odontoiatria e prostesi dentaria della Università di Roma; o potrà pure esserle assegnato, secondo le norme da stabilire nel regolamento speciale, il materiale adatto ad eguale scopo esistente presso altre Università o Istituti Superiori dello Stato per l'insegnamento dell'Odontoiatria.

Art. 10. — Nella parte straordinaria del Bilancio passivo del Ministero della Pubblica Istruzione per l'esercizio 1922-23 verrà stanziata la somma di L. 100,000, quale anticipazione per le spese di funzionamento iniziale della Scuola, clinica, ambulatorio, laboratori, personale di assistenza e di servizio, ecc., rimborsabili sui proventi dell'esercizio della Scuola nei tre anni successivi al primo del suo funzionamento con le rate annuali di li re 33,333.33.

Art. 11. — *Disposizione transitoria per la prima applicazione della presente legge*:

a) l'attuale titolare della cattedra di Odontoiatria e Prostesi dentaria della R. Università di Roma passa a coprire la cattedra di cui all'art. 2-*a* della presente legge;

b) non oltre un anno dalla data di pubblicazione della presente legge, potranno essere trasferiti alle due cattedre della Scuola stessa, previo consenso degli interessati e su parere conforme del Consiglio Superiore di P. I., senza altre condizioni e formalità, i Professori di ruolo di Odontoiatria attualmente esistenti presso Università ed Istituti d'istruzione superiore.

I tre professori faranno passaggio dal ruolo dei posti di professori di materie complementari a quello dei posti di professori di materie fondamentali presso le Università e altri Istituti di istruzione superiore.

I trasferimenti, che verranno eventualmente disposti in virtù del precedente comma, avranno effetto dall'inizio dell'anno scolastico successivo alla data di pubblicazione della presente legge.

Il disegno di legge è corredato di una relazione del sen. Corbino.

Cronaca del movimento professionale.

Il Convegno Federale degli Ordini.

Il Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici avrà luogo a Roma nel prossimo aprile.

Benchè non sia stato possibile fissarne la data precisa, il Consiglio prega di inviare presto i temi da inscriversi all'ordine del giorno, che deve essere comunicato alle presidenze dei singoli Ordini un mese prima.

Medici stranieri esercenti in Italia.

Una sentenza del Consiglio di Stato stabilisce che non possono esercitare in Italia medici stranieri diplomati in uno Stato estero, che non conceda il diritto di reciprocità ai cittadini diplomati in Italia, a meno che non godano dei diritti civili ed abbiano conseguito il diploma professionale in un Istituto del Regno autorizzato a rilasciarlo. Perchè i medici stranieri possano continuare l'esercizio nel nostro Paese, non solo presso stranieri, come la legge vecchia consentiva, devono dimostrare di essere da oltre tre anni (a datare dalla legge 10 luglio 1910, sugli Ordini) iscritti nei ruoli dei contribuenti per i redditi di ricchezza mobile derivante dall'esercizio professionale.

La crescente pletora dei Medici.

Il presidente dell'Ordine dei medici di Ferrara, in una seduta dell'assemblea riferiva come parecchi indizi facciano ritenere che fra qualche anno il numero dei medici esistenti sul mercato sanitario sarà tale da deprezzare il valore dell'opera sanitaria e indurre ad una concorrenza che rischi di compromettere prestigio e decoro. Parecchi segni della pletora futura già si palesano (tendenza all'aumento numerico degli studenti di medicina, richieste di interinati da parte di sanitari di gran lunga superiori alle offerte; esuberanza di specialisti di una stessa branca in qualche centro). Anche l'Ordine dei Medici di Ravenna si allarmava del pericolo.

L'assemblea votava un ordine del giorno con cui: «avendo nozione che il numero degli studenti di medicina e chirurgia va relativamente crescendo, così da far temere che un numero eccessivo di professionisti possa un giorno minorare la pregevolezza e la nobiltà delle prestazioni sanitarie e infirmare il decoro della classe;

dà mandato al proprio Consiglio di accertare la predetta nozione ed eventualmente far opera di adeguata propaganda presso degli studenti liceali, direttamente o a mezzo della Federazione degli Ordini, ad ovviare per l'avvenire al lamentato pericolo».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9262) *Indennità accessorie della condotta.* — Dott. E. C. da T. — Durante il congedo ordinario può solamente perdere l'indennità relativa alle prestazioni ospedaliere, in quanto che essa si riferisce ad un servizio, che effettivamente non si esegue, durante l'assenza. L'indennità disagiata residenza è un accessorio dello stipendio e con esso vi compenetra, in modo inscindibile. La soppressione equivale ad un aggravio, non permesso dalla legge. Rivolga istanza alla G. P. A.

(9263) *Infortunii professionali.* — Dott. A. C. da S. — Il Comune deve corrisponderle la indennità di lire 15 al giorno, quante Le ne avrebbe dovute corrispondere la Società assicuratrice. Le lire 1100 annue debbono esserle corrisposte, non ostante l'ottenuto aumento di stipendio, in quanto che esse furono concesse con deliberazione approvata dalla G. P. A. non mai revocata. Il supplemento ammesso dal secondo caro-viveri compete al conjuge ed a tutti i componenti della famiglia, purchè minorenni ed a carico ovvero, se maggiorenni, inabili a lavoro.

(9264) *Rinunzia ad un posto conseguito per concorso.* — Dott. A. F. da P. — Ad un posto ottenuto per concorso si può sempre rinunziare, ancorchè, come nel caso da Lei esposto, si sia promesso di accettare durante le more del concorso. Non vi è alcun danno da rifare, perchè nessuno se ne è prodotto, in quanto che *qui jure suo utitur nemini facit iniuriam.*

(9266) *Obblighi dell'ufficiale sanitario come veterinario comunale.* — Dott. O. M. da C. R. —

Mancando in codesto Comune il veterinario, spetta all'ufficiale sanitario la sola direzione del macello pubblico e non altro, ai sensi dell'art. 8 del regolamento di vigilanza igienica da Lei citato. Per tutto il rimanente servizio di veterinario, l'ufficiale sanitario non può essere obbligato se non mediante compenso da pattuirsi d'accordo con la Amministrazione.

(9267) *Specialisti in varie branche di scienze mediche e chirurgiche.* — Dott. W. P. da N. — Per esercitare la professione in una branca speciale di scienza medica non occorre che la laurea in medicina e chirurgia. Non esistono speciali dimento, tanto meglio. La legge, se sarà approvata, varrà tanto per coloro che otterranno la laurea in seguito, quanto per quelli che già l'hanno ottenuta da qualche tempo.

(9268) *Infortunii industriali.* — Dott. C. P. da V. — Per gli infortunii industriali competono al sanitario lire 5 per il primo certificato e lire 5 per il secondo. Lira una per ogni certificato attestante la continuazione della malattia. La spesa pei certificati di continuazione e quella del certificato finale è a carico dell'Istituto assicuratore. La spesa pel primo certificato è a carico dell'esercente dell'impresa. Qualora l'operaio abbia diritto all'assistenza medica gratuita, l'ufficiale sanitario o il medico condotto, obbligato a prestargliela, deve rilasciare gratuitamente i certificati attestanti la continuazione della malattia.

(9270) *Medici dentisti.* — Dott. D. S. da C. — Il medico dentista, essendo fornito di laurea, può esercitare qualsiasi altra specialità inerente alla professione medico-chirurgica.

(9271) *Quinquennio.* — Dott. A. D. da B. — Se nell'atto della G. P. A. non è detto che negli aumenti quinquennali si deve tener per base lo stipendio di prima nomina, gli aumenti stessi debbono essere concessi in base allo stipendio che si gode nel momento in cui si maturano i rispettivi periodi.

(9272) *Infortunii sul lavoro.* — Dott. U. D. da A. — Il compenso per il certificato di infortunio sul lavoro è di lire 5, tanto per constatarne l'evento sia per constatarne la cessazione. Il primo è a carico dell'Impresa, il secondo a carico dell'Istituto assicuratore. Il capo o esercente l'impresa è tenuto a pagare le spese per il pronto immediato soccorso dello infortunato, ancorchè questi sia inscritto nell'elenco dei poveri.

(9274) *Veterinario comunale - Sostituzione - Caro-viveri - Stipendio.* — Dott. G. C. da M. — Nei Comuni, ove esiste un veterinario comunale, l'ufficiale sanitario non è tenuto fare alcuna prestazione d'indole zooiatrica, neanche quella prevista dallo articolo 8 del Regolamento di vigilanza igienica. Se i privati, nel loro peculiare interesse, richiedono dall'Ufficiale sanitario qualche certificato, debbono pagarlo. Pel primo caro-viveri le spettano lire 1200 annue. Per la diminuzione dello stipendio, che è stato operato dalla Commissione Ministeriale ricorra al Governo del Re. Codesto sarà Comune terramotato.

(9275) *Pensioni.* — Dott. E. F. V. da C. — Gli ultimi sei mesi ed un giorno di servizio, nella liquidazione della pensione, sono calcolati per un intero anno. Andando in pensione si perdono i caro-viveri, di cui si è goduto mentre si era in attività di servizio.

(9276) *Ricchezza mobile sulla indennità caro-viveri.* — Dott. G. d'A. da P. S. G. — Sulla indennità caro-viveri si paga egualmente la R. M. in forza del principio generale che assoggetta al pagamento di tale tributo ogni cespite di entrata ed ogni reddito del contribuente superiore a lire 800 annue.

(9278) *Stabilità - Croce Rossa.* — Dott. M. M. da C. — Il periodo interinale va computato nel biennio necessario per lo acquisto della stabilità, ancorchè fatto in epoche diverse, purchè nel medesimo Comune, e ciò perchè la legge non fa all'uopo distinzione di sorta. Per conoscere le modalità occorrenti per la nomina a medico della Croce Rossa occorre scriverne alla Direzione Regionale od alla Direzione Generale, sedente in Roma.

(9279) *Infortunii sul lavoro.* — Dott. M. M. da M. — Per il primo e l'ultimo certificato il compenso è di lire 5.00: per i certificati intermedi il compenso è di lira 1.00. Il primo certificato è a carico dello esercente l'impresa; gli intermedi e l'ultimo a spesa dell'Istituto di assicurazione. Le prime ed immediate cure ed i presidii occorrenti sono a carico dello esercente l'impresa.

(9280) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. D. L. da P. — Non ha diritto alla prima indennità caro-viveri perchè il suo stipendio è di L. 16,800 annue, assai superiore a lire 10000 + 1200. Sugli stipendii superiori alle lire 2000 si paga per Ricchezza Mobile l'8.65 % oltre centesimi 5 per ogni lira di imposta erariale, giusta il Decreto 7 giugno 1920, n. 738.

(9282) *Indennità caro-viveri.* — Dott. N. P. da A. — A Lei non compete indennità suppletiva, perchè tenuto conto dei tre figli minorenni e del suocero non supera le quattro persone di famiglia. La moglie non è calcolata. Ciò, sempre che si tratti della prima indennità caro-viveri. Per l'armadio farmaceutico, può chiedere ottocento lire annue e rivolgersi al Consiglio provinciale sanitario.

Doctor JUSTITIA.

Al dott. E. G. da P.:

La Federazione Stomatologica Italiana ha sede in Milano, via Leopardi, 27, presso il suo Presidente dott. cav. Eugenio Bellinzona. P.

AVVERTENZE.

I quesiti devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente.

LA REDAZIONE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARGENTA (*Ferrara*). — Cond. di Ospitale e Traghetto; a tutto 10 marzo; ab. 2400 di cui 895 pov.; L. 7000 oltre L. 2000 cavallo oppure L. 500 bicicl., L. 3 addizionale, 2 caro-viv.; tariffa intera dagli abbienti. Età limite 34.

CHIANCIANO (*Siena*). — Due condotte; stazione balneare; L. 6500 fino a 500 pov., L. 150 ogni 100 pov. in più o fraz.; 6 quadrienni decimo; L. 500 all'uff. san.; mezzo di trasp. provvisto dal Comune. Età limite 35. Servizio entro 20 g. Chiedere annunzio. Scad. 25 mar.

COLLAZIONE (*Perugia*). — Capoluogo; L. 7000 oltre L. 2000 disag. resid., L. 4200 cav. (da modificarsi, ecc.), doppio c.-v.; metà tariffa dai semiabbienti. Tre quinq. decimo. Serv. entro 20 giorni. Scadenza 23 marzo.

COTTANELLO (*Perugia*). — Al 31 mar.; L. 6000, c.-v. (rivedibile), L. 1800 p. cavalc. Età limite 35.

CRESPINO (*Rovigo*). — Scad. 20 marzo. II rep.; L. 6000 fino a 1000 pov., L. 100 ogni gruppo di 50 persone in più; L. 2500 cav. o L. 1500 bicicl.; lire 1000 disag. resid.; L. 1500 alloggio, se con famiglia. In corso aumento 25 % sullo stip., a L. 4600 indenn. cavallo.

FINALE EMILIA (*Modena*). — Scad. 5 mar. Cond. esterna Nord; L. 8000 e 10 bienni ventes.; doppio c.-v.; L. 2500 cav.

MELDOLA (*Forlì*). — Proroga 8 mar. Chirur. primario L. 10,000; med. primario L. 9,000; med. del Forese L. 8000 e L. 2500 cav.; doppio c.-v.

MONTALCINO (*Siena*). — È rimandato ad epoca indeterminata il concorso bandito con manifesto 15 dicembre 1921.

MONTEGALLO (*Ascoli Piceno*). — Scad. 15 mar. Cond. residenziale. Rivolgersi Segreteria.

ORVIETO (*Perugia*). — Due condotte; proroga a tutto il 15 mar.

PIAN DI CASTELLO (*Pesaro-Urbino*). — A tutto il 15 marzo; L. 8000 per 500 pov.; con 5 quadrienni decimo; addizion. L. 3; L. 1000 resid. disag.; lire 2000 cond. povera; L. 3000 cav.; alloggio e terreno per orto; 2 caro-viv.; assic. Per uff. san. lire 200. Età limite 40. Chiedere annunzio.

PREDAPPIO (*Forlì*). — Scad. 5 marzo. Per Dovia. L. 8000 p. pov.; 10 bienni ventes.; c.-v.; L. 2500 cavalc.

RESIA (*Udine*). — A tutto 10 marzo; L. 7000; trasporto L. 2000; uff. san. L. 700; doppio c.-v.

RIMINI. *Ufficio d'Igiene*. — Cercasi medico aiuto-interino; diaria di L. 30; richiedesi corso perfezionam. d'igiene. Scad. 20 giorni dal 10 febb.

ROCCAGRIMALDA (*Alessandria*). — Scad. 4 mar., L. 4000 p. pov., due c.-v., L. 500 trasp.

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — Capol.; al 31 marzo; L. 9000 e 5 quadr. dec.; L. 2000 cav.; due c.-v. Serv. entro 15 giorni.

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — Scad. 1 mar. Due cond.; L. 9000, c.-v.

SANTAFIORA (*Grosseto*). — Scadenza 10 marzo. 2ª cond. residenziale; L. 9000, due c.-v., L. 2000 cav., L. 2000 disag. resid. e L. 3 ogni povero in più di mille, quattro sessenni del decimo.

SELCI SABINO (*Perugia*). — A tutto 31 marzo; residenziale; L. 6000 e 3 quinq. decimo, c.-v., lire 1200 disag. resid., non obbl. cav. Accettaz. entro 8 g.; assunz. serv. entro 18 g. successivi.

SOSPIRO (*Cremona*). — Scad. 1 mar. L. 10,500 per 2000 pov. su 3408 ab.; addiz. L. 2; uff. san. L. 500; trasp. L. 1500 bicicl. o L. 4000 cav. (rivedibile); 4 quinq. L. 650; 2 c.-v.; assic.

TARANTO (*Lecce*). — A tutto 15 marzo; per la borgata di Talsano; L. 5000 oltre L. 1500 vettura e 4 quinq. decimo; due c.-v. Età limite 49.

TOANO (*Reggio Emilia*). — Scad. 5 mar.; L. 6500 oltre L. 2500 cav.; L. 750 uff. san.; 5 quadrienni; c.-v. in corso approvaz.

TOFFIA (*Perugia*). — Scad. 20 mar.; L. 9600 e doppio c.-v.

VALFABBRICA (*Perugia*). — Scad. 10 mar.; stip. L. 6000, disag. res. L. 2000; tre quinq. dec.; per uff. san. L. 500.

VITTORIA (*Siracusa*). — A tutto 10 apr., per Scoglitti; L. 5500 e 5 quadr. di L. 500, c.-v. Accettaz. entro 5 g., serv. entro 2 mesi.

Dalla Federazione Laziale-Umbra dei Medici condotti è istituito un Ufficio di collocamento per le condotte della provincia di Roma. Dirigere la corrispondenza al segretario dott. B. Alberti, presso il nostro giornale (via Sistina, 14 - Roma-VI).

Diffide.

Camerino: tre condotte perchè a cura piena.

Deruta (Perugia) perchè il comune insiste nella cura piena.

Il presidente della Sez. Reggio Emilia dei M. C. conferma il *blocco* dei concorsi medici della provincia e partecipe e l'elevamento della diaria di supplenza ed interinale a L. 100 al giorno, di cui 30 per la Cassa di Resistenza Sezionale. Sono dunque diffidate Scandiano e Toano.

CONCORSI A PREMIO.

MILANO. *Fondazione A. Beretta*. — È aperto il concorso per un nuovo premio biennale di questa Fondazione, per il biennio 1922-23, da conferirsi al migliore fra i lavori di clinica medica o di anatomia patologica, presentati entro le ore 12 dell'ultimo giorno feriale del dicembre 1923.

Il premio consisterà: *a*) in medaglia d'oro del valore di L. 500; *b*) in una somma in contanti non inferiore a L. 7000.

Potranno concorrere i medici che alla chiusura del concorso abbiano da oltre 5 anni stabile residenza nella provincia di Milano e non abbiano oltrepassati i 12 anni di laurea.

Presentare domanda in bollo e opere in doppio esemplare a stampa o dattilografate al Protocollo generale del Comune di Milano.

Un collega cederebbe un ottimo microscopio Lais, completo con tavolo girevole.

Per richieste rivolgersi al Rag. De Rossi in Roma, via Muzio Clementi, 68.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il premio istituito dal prof. Enrico Morselli, direttore della Clinica Neuropsichiatrica di Genova in occasione del suo 33° anno di insegnamento (1913), è stato quest'anno assegnato al laureando Alfredo Massarra per la sua dissertazione anatomo-istologica su «*La citoarchitettonica del midollo spinale*».

La Commissione aggiudicatrice era composta del prof. Clivio, preside della Facoltà, e dei professori E. Maragliano ed E. Morselli. Il lavoro del dott. Massarra, oggi assistente in detta Clinica, è un contributo originale di alto valore all'anatomia del sistema nervoso ed è stato composto sotto la guida dell'insigne anatomico professor Lachi.

Sono abilitati alla libera docenza a Napoli i dottori: Alvi Vincenzo in clinica chirurgica, Scanga Alberto in patologia chirurgica e Liberato Alessandro in clinica oculistica.

Il dott. C. Materazzo Scavonetta di Carlentini (Sicilia) è nominato cavaliere della Corona d'Italia per la disinteressata azione di studioso e di cittadino nella formazione di una coscienza igienica del paese.

NOTIZIE DIVERSE.

Riunione in Campidoglio per l'igiene sociale.

Sotto la presidenza e per invito del Sindaco di Roma, comm. Giannetto Valli, si è radunato testè in Campidoglio, nella sala delle Bandiere, il Comitato promotore dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale. Dei componenti il Comitato erano presenti i senatori Artom, Marchiafava, Sanarelli, Dall'Olio, Rava, la sig.na Ponzio-Vaglia in rappresentanza del Consiglio Nazionale delle Donne Italiane, il comm. Pranzetti per la Banca d'Italia, il comm. Baracchi per la Banca Commerciale, il comm. Ettore Levi della Vida per il Credito Italiano, il comm. Scifoni per le Assicurazioni Generali di Venezia, l'on. Gino Olivetti per la Confederazione delle industrie, il comm. Bartoli per la Confederazione dell'Agricoltura, il comm. Piacentini per l'Associazione del Mezzogiorno d'Italia, il prof. Perroncito per il senatore Golgi, il comm. Spoto per l'Associazione della Stampa. Avevano scusato l'assenza, affermando il loro consenso per lettera, Luigi Luzzatti, il comm. Toja, il sen. Della Torre.

La Federazione degli Ordini dei Medici era rappresentata dal prof. Ballerini. Il generale Ferrero di Cavallerleone rappresentava il sen. di Cambiano.

Il Sindaco ha aperto l'adunanza con ispirate parole di consenso alla nobile iniziativa. Il prof. Ettore Levi, che ne fu l'ideatore e che ne è il dirigente, ha riassunto rapidamente il programma iniziale e l'attività svolta nel primo anno di vita.

La relazione accolta da unanimi applausi è stata seguita da una importante discussione cui presero parte, oltre il Sindaco Presidente, i senatori Rava e Sanarelli, l'on. Olivetti, il comm. Bartoli, il sen. Artom. È stata nominata una Commissione composta dei senatori Artom e Sanarelli, on. Olivetti, comm. Bartoli, comm. Spoto, incaricata di prendere accordi con le organizzazioni sindacali dei lavoratori affinchè queste siano rappresentate nell'Ente definitivo da erigersi in Ente Morale.

Furono inoltre chiamati a far parte del Comitato, a voti unanimi le seguenti personalità: donna Enrichetta Chiaraviglio-Giolitti, donna Antonia Nitti, on. Olivetti, on. Cabrini, e il comm. Gustavo Ragnoli alla cui liberalità si deve l'iniziale attività dell'Istituto. Prima che l'adunanza si sciogliesse il sen. Marchiafava ha espresso con calde parole la sua fede nell'avvenire di questa moderna iniziativa di difesa sociale, ed all'illustre scienziato si è associato il Sindaco di Roma chiudendo la seduta con nobilissime parole.

Congresso nazionale d'igiene.

Si terrà a Napoli nel prossimo maggio. Temi principali di discussione: 1) Alcoolismo, da trattarsi sotto i varii aspetti (medico, psichiatrico, giuridico-criminale, legislativo, igienico-economico); 2) Igiene e profilassi sessuale; 3) Pulizia personale.

Scuola di Puericoltura a Torino.

La Sezione Piemontese del Congresso Nazionale delle Donne Italiane ha istituito una Scuola di Puericoltura, affidandola al prof. Emilio Meynier, dell'Ospedale Maria Vittoria di Torino.

Donazione cospicua.

L'ing. Vincenzo Tanfani ha lasciato eredi di tutta la sua sostanza, di oltre 600.000 lire, in parti eguali l'Ospedale Maggiore di Milano e l'Ospedale Civile di Ancona.

Corsi di perfezionamento in igiene.

Il Corso speciale d'Igiene pratica per aspiranti alla carica di Ufficiale Sanitario ne' Comuni, che doveva aver principio presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Pisa il 12 corr., è rinviato per sopravvenuta contrarietà al 1° prossimo maggio e si svolgerà nei mesi di maggio e giugno.

Si avverte che gl'iscritti non forniti di microscopi potranno, riuniti a due e dentro certi limiti, servirsi di apparecchi dati in uso dall'Istituto.

Le domande, documentate, d'ammissione a detto corso, saranno ricevute fino a tutto il 29 aprile 1922.

***

Nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Catania avrà luogo un Corso bimestrale d'Igiene pratica dal 15 marzo al 15 maggio.

Possono iscrivervisi i medici, i veterinari, i chimico-farmacisti, i chimici puri, i dottori in scienze agrarie, in scienze naturali e i diplomati in farmacia. L'iscrizione verrà chiusa il 10 marzo. Non sarà tenuto conto delle domande pervenute dopo tale data.

Corso di perfezionamento in clinica medica.

Durante le prossime vacanze pasquali avrà luogo un corso di perfezionamento sulle malattie del fegato, delle vie biliari, del pancreas e sul diabete presso la Clinica Medica dell'Hôtel-Dieu di Parigi diretta da A. Gilbert.

Le conferenze avranno luogo tutti i giorni, dal 10 al 22 aprile, salvo la Pasqua e il giorno successivo, alle ore 9, 14.30 e 16.30; saranno tenute da: Villaret, Benard, Deval, Herscher, Chabrol, Girons, Jomier, Dumont, Descomps, Maréchal, Brin, Saint-Girons, Coury, Lippmann, Okinezyc, sotto la direzione di Villaret. Il corso concernerà in specie l'esame al letto del malato e i processi terapeutici recenti; sarà corredato da presentazione di malati, strumenti, pezzi anatomici, preparati microscopici e illustrato da tavole e proiezioni. Alla fine del corso verrà rilasciato un certificato. Tassa di laboratorio fr. 150 (le quitanze sono rilasciate dalla Segreteria della Facoltà, sportello 3, il giovedì e il sabato, dalle 12 alle 15).

Un altro corso di perfezionamento, sulle malattie del tubo digerente, avrà luogo in settembre, ed un corso di revisione, di clinica pratica e applicazione dei metodi di laboratorio alla diagnosi, in luglio; saranno ugualmente diretti dal professor Villaret.

I premi dell'Accademia di Medicina di Parigi.

Nel 1921 l'Accademia di Medicina di Parigi disponeva di una somma totale di 120,000 franchi circa da assegnare in premi; ma la metà circa di questa somma non è stata distribuita, per mancanza di concorrenti idonei; i premi non attribuiti vanno ad ingrossare i capitali.

Tra i premi che sono stati assegnati segnaliamo i seguenti: premio F. Dreyfous di 2800 fr. ad A. Leblanc per la memoria «I metodi di esplorazione della funzione renale; loro impiego clinico»; premio E. Herpin di 3000 fr. ad H. Codet per la memoria «La feniletilmalonilurea nel trattamento dell'epilessia»; premio Pannetier di 4000 fr. a J. Glover per la memoria: «Fisiologia vocale applicata; fisiologia della voce solida; la telefonia attraverso lo scheletro, in guerra; la telefonia nel rumore e la telefonia assordita»; premio Potain di 2400 fr. al dott. Lutembacher per i suoi lavori sul cuore; premio Meynot di 2600 fr. a F. Terrien per i suoi lavori di oculistica; premio Barbier di 2500 fr. a P. Simonin per i suoi lavori sulle tossine verminose; premio Itard di 2400 fr. a E. Trillot per la sua memoria sul risveglio dell'udito mediante eccitazioni funzionali iteranti; incoraggiamento di fr. 2000 sul premio Liard a P. Durand per la sua memoria sui tipi dei bacilli difterici e sulla sieroterapia antidifterica; premio Huchard di 6300 fr. sulla devozione medica alla memoria del dott. Gairal di Carignan; premio Alvarenga di Pianhy di 1000 fr. al sig. Giard di Tolosa per la memoria: «Aforismi con commentario ad uso dei malati e delle persone che potrebbero diventarlo».

"Numerus clausus" alla Facoltà Medica di Vienna.

Il decano della Facoltà medica di Vienna ha stabilito che il numero delle nuove immatricolazioni debba essere limitato a 400, giustificando questa misura restrittiva con l'insufficienza del materiale anatomico disponibile.

Il 2° fascicolo del 1922 (1° febbraio) della **SEZIONE MEDICA** del «Policlinico», che trovasi in corso di stampa e che appena pronto spediremo ai Signori Abbonati, contiene i seguenti lavori:

I. G. Saiz: **Contributo allo studio della pseudo-sclerosi;**

II. S. D'Antona e R. Vegni: **Reperto anatomo-patologico in un caso di encefalite epidemica cronica;**

III. G. Calligaris: **I riflessi nelle lesioni del sistema motorio extrapiramidale;**

IV. G. Dagnini: **Costola cervicale bilaterale con disordini vasomotori dell'arto superiore destro a tipo radicolare inferiore e della guancia omonima.**

E' un grosso fascicolo di 60 pagine, con una tavola litografica a colori, che gli abbonati alle altre **SEZIONI PRATICA** e **CHIRURGICA** potranno ottenere subito inviando cartolina-vaglia di L. 5. al Cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Tubercolosi, sett.-ott. — U. CARPI. I risultati lontani del pneumotorace artificiale.

Archivos Rio Grandenses de Medicina, sett.-ott. — J. LOPES. I corpi riduttori del liquido cefalo-rachidiano. — A. GALVAO. Cause degli errori diagnostici.

Zeitschrift für Tuberkulose, ott. — M. KIRCHNER. Influenza della guerra mondiale sulla tubercolosi. — REICHENBACH. Sorgenti e vie d'infezione. — L. RABINOWITSCH-KEMPNER. Influenza degli animali domestici sulla diffusione della tubercolosi. — ABEL. Tubercolosi e abitazione. — KOELSCH. Tubercolosi e lavoro.

Annali d'Igiene, ott. — G. GUERRINI. Ricerche sulla avitaminosi. — U. PARANOS. Nuovo metodo di sterilizzazione dei prodotti opoterapici. — L. VERNEY. I sacchetti di collodio in microbiologia.

Annali di Clinica Medica, 15 nov. — G. DI MACCO. La perspiratio insensibilis in diversi stati morbosi.

Berliner Klinische Wochenschrift, 19 dic. — M. H. KUCZYNSKI. Coltura del virus del tifo esantematico fuori dell'organismo.

Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 20 nov. — G. POGGIO. Metodi di tecnica operatoria del bulbo della giugulare.

Archivos de Cardiologia y Hematologia, nov. — C. MARTELLI. Appunti scientifico-pratici sulla reazione di Wassermann.

Brain, nov. — L. G. FILDES. Inchiesta psicologica sulla così detta cecità verbale congenita.

The Lancet, 10 dic. — E. H. STARLING. Problemi cardiologici.

La Pediatria, 15 dic. — G. DI CRISTINA. Ricerche sulla etio-patogenesi della scarlattina.

La Presse Médicale, 12 dic. — A. RODET e S. BONNAMOUR. Le infezioni secondarie nella febbre tifoide.

Minerva Medica, 15 dic. — P. MINO. Etio-patologia e terapia della nevrastenia.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 16 dic. — E. BORCHERS. Innesti di paratiroidi nella tetania post-operatoria. — A. KÜHN. L'acido salicilico per via endovenosa nell'arteriosclerosi, stenocardia e forme affini. — F. PARTSCH. Irradiazioni stimolanti della milza e del fegato.

Il 2° fascicolo del 1922 (15 febbraio) della **SEZIONE CHIRURGICA** del "*Policlinico*", che trovasi in corso di stampa, e che appena pronto spediremo ai rispettivi Signori Abbonati, contiene i seguenti lavori:

I. C. ANSALDI: **Ciste linfatica sviluppata in una ghiandola surrenale accessoria.**
II. G. BECCHERLE: **Su di un caso di sutura dell'arteria carotide comune per emorragia tardiva in seguito a ferita della parete del vaso da scheggia di bomba a mano.**
III. L. DOMINICI: **La reazione di Wassermann dopo le cloronarcosi, le eteronarcosi e le rachianestesie.**
IV. G. FICHERA: **Contributo alle splenopatie chirurgiche.**
V. L. TORRACA: **L'azione di alcune sostanze fotodinamiche sul processo di guarigione delle ferite.**

E' un grosso fascicolo di 64 pagine che gli Associati alle sole **SEZIONI PRATICA** e **MEDICA** potranno ottenere subito inviando cartolina-vaglia di L. 5 al Cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 6 Marzo 1922 Fasc. 10

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

QUESTIONI DEL GIORNO.

La cura della sifilide col bismuto.

RIVISTA SINTETICA E CRITICA

per il dott. C. DUCREY, assistente Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Roma.

Dopo brevissimi accenni, verso i primi dello scorso agosto, su giornali scientifici francesi, ingranditi e mal riflessi dalla stampa politica anche italiana, accendendo così le illusioni di chi è sempre più credulo, il malato, solo da qualche giorno gli *Annales de l'Institut Pasteur* hanno pubblicato le memorie di Levaditi e Sazerac, di Fournier e Guénot e di Marie e Fourcade sulla cura della sifilide coi preparati di bismuto. E ormai i lavori e le osservazioni si vanno e si andranno succedendo sull'efficacia del farmaco, sui suoi inconvenienti e sui suoi vantaggi, iniziandosi così anche per questo rimedio quel lento lavoro di osservazione clinica, biologica e sierologica, guidato dal desiderio di quella terapia «sterilisans» che illuse una volta Ehrlich e assilla l'animo dei medici e degli infermi. L'uso del bismuto contro l'infezione treponemica non deve sorprendere, se si pensa, ad esempio, che il bismuto ha affinità chimiche spiccate con l'antimonio e con l'arsenico, e se si ricorda che preparati d'antimonio hanno azione efficace contro certe spirochetosi (framboesia tropica). E del resto già Sauton e Robert nel 1916 avevano ottenuto risultati salienti, con iniezioni intramuscolari di bismuto contro la spirillosi dei polli e avevano annunziato, senza però speciali dettagli, risultati positivi coi preparati di bismuto nella tripanosomiasi del coniglio. E Balzer, già nel 1889, pensando che i preparati insolubili e solubili di bismuto avrebbero potuto essere adoperati nella cura della lue, aveva coi composti di quel farmaco studiato le reazioni tossiche nel cane. Ma è certo a Levaditi e a Sazerac che si deve il merito di avere preconizzato, sulla base di studi sperimentali, il bismuto contro la sifilide umana. E nello sperimentare vari composti del bismuto (citrato di bismuto ammoniacale, lattato di bismuto solubile, sottogallato di bismuto, oxyiodogallato di bismuto) gli autori hanno preferito i derivati bismutici dell'acido tartarico, preparando e consigliando il tartrobismutato di potassio e di sodio. Tartrato di bismuto e di alcali, della cui esatta composizione chimica però gli autori non hanno dato la formula.

Costretti a non battere la via delle vene, per

la tossicità del rimedio a minime dosi nella sifilide sperimentale del coniglio (cinque milligrammi per chilogrammo ne provocavano la morte), gli autori procedettero per via sottocutanea o intramuscolare, osservando che dosi assai più forti (50-60 milligrammi per chilogrammo) erano ottimamente tollerate e dimostravano intensa l'azione treponemicida. Alla soluzione acquosa del farmaco preferirono, per la minor tossicità, la sospensione oleosa, sterilizzata a 120°, per 20 minuti, e iniettata nei muscoli, al 10 %, in ragione di grammi 0.100 di tartrobismutato per kg.

Gli autori, sempre sperimentalmente, notarono l'inefficacia del trattamento per via orale e scarsi risultati ebbero somministrando il farmaco per la via del retto. Localmente in pomata e meno in polvere il rimedio ha dimostrato di provocare la scomparsa dei treponemi dalle lesioni in un tempo assai lungo (da 12 a 42 giorni), azione per essi non trascurabile dal punto di vista della profilassi, specie se unita al trattamento per iniezioni.

Stabilita l'azione intensamente treponemicida, le dosi adoperabili, e la miglior via di somministrazione, gli autori dunque iniziavano, nella sifilide dell'uomo, l'uso delle iniezioni intramuscolari di tartrobismutato di sodio e potassio, in sospensione oleosa, composto stabile e poco tossico, ad azione per essi costante e profonda.

E in un caso di lesione iniziale, in due con manifestazioni del periodo secondario e in due terziari gli autori constatarono la sparizione rapida dei treponemi dalle lesioni aperte e rapida cicatrizzazione, azione chiara sulla adenopatia satellite primaria e sulla adenopatia del periodo secondario e risultati buoni contro le lesioni terziarie.

Ad estendere naturalmente le osservazioni ad un numero maggiore di infermi, è valso lo studio dei professori Fournier e Guénot che, dal giugno scorso, hanno adoperato il farmaco ormai in circa 150 luetici, facendo complessivamente 1500 iniezioni.

Essi si sono valsi anche di iniezioni di citrato di bismuto ammoniacale in soluzione acquosa e di una sospensione oleosa di jodobismutato di chinino con risultati quasi uguali al tartrobismutato. Il tartrobismutato di sodio e potassio, in sospensione nell'olio d'olive al 10 per cento, è stato da essi usato per via intramuscolare alla dose di 30 centigrammi per iniezione (ridotta a 20 o a 10 centig. nei vecchi, nei deboli o nei soggetti con cattiva dentizione) iniettando come prima tappa curativa da due a tre grammi nel mese, cioè una media quotidiana di 10 centigrammi.

Praticamente, dopo due o tre iniezioni di venti centigrammi, praticavano una iniezione bisettimanale di 30 centigrammi. E dopo un mese essi, o sospendevano per circa 30 giorni il trattamento, per poi riprenderlo secondo le classiche regole della cura cronica intermittente di Fournier o, se era necessario, continuavano con una sola iniezione settimanale di 20 o 30 centigrammi.

In tal guisa gli autori hanno visto sparire i treponemi dalla superficie della lesione iniziale, talora due giorni dopo la prima iniezione, il più spesso dopo la seconda, hanno visto procedere rapidamente la cicatrizzazione, hanno visto la sclerosi della base del sifiloma e l'adenopatia satellite più rapidamente influenzate che «da qualsiasi altro trattamento».

In nessuno dei loro ammalati con lesione iniziale hanno visto comparire roseola, anche se il trattamento era stato iniziato un mese dopo la comparsa della lesione.

Nelle manifestazioni del periodo secondario le spirochete abbandonavano le placche mucose già dopo la prima o la seconda iniezione, quelle della bocca erano le più rapide a scomparire, le placche umide vegetanti si riassorbivano da 10 a 20 giorni, la semplice roseola scompariva in poco più di una settimana. I comuni fenomeni generali secondari cedevano dopo la prima iniezione. Otto malati ribelli alla cura arsenico-mercuriale cedevano al bismuto, con un silenzio di sintomi che prima erano sempre recidivanti.

Azione notevolmente rapida e in certi casi meno ma sempre netta ha dimostrato il farmaco sulle lesioni diverse del periodo terziario.

Nelle sifilidi viscerali e nervose la cura è stata per essi troppo breve per poter condurre ad un giudizio. Solo a Marie e Fourcade, su venti casi di sifilide nervosa, è parso di poter concludere che il tartrobismutato ha azione efficace contro manifestazioni localizzate del sistema nervoso (gomme dei centri, arteriti, alcune nevriti). Nessun risultato ebbero nei paralitici generali, qualche miglioramento nelle demenze paralitiche. La Wassermann del liquor non è mai stata influenzata, sembrando comportarsi il bismuto come il novarsenobenzolo e il mercurio che, influenzando la Wassermann del sangue, non modificano in generale quella del liquor. Del resto negli altri casi la Wassermann è andata in genere attenuandosi a poco a poco per diventare negativa dal secondo al quarto mese.

Tranne le gravi lesioni viscerali e le profonde alterazioni del rene, che impongono evidentemente la massima prudenza, non vi sarebbero speciali controindicazioni all'uso del rimedio.

Qualche decimo di febbre dopo l'iniezione con senso di spossatezza, una poliuria di media intensità e di breve durata, raramente una albuminuria lieve, spesso un lieve dimagrimento, che precede un miglioramento della nutrizione generale, ecco i fenomeni che si svolgerebbero nel corso della cura. Ma due sono gli inconvenienti che dominano. Una reazione locale nel punto della iniezione, generalmente consistente solo in un vivo dolore, e l'impregnazione della mucosa orale col bismuto e conseguente stomatite che spesso la segue.

Di questa particolare complicanza si è specialmente occupato, nell'ultimo numero della *Presse Médicale*, R. Azoulay.

Si dimostrerebbe come un orlo gengivale nerastro, segno della impregnazione bismutica, cui potrebbe poi seguire la vera stomatite, talvolta anche ulcerosa. L'orletto gengivale, assai analogo clinicamente all'orlo da saturnismo, è in generale tenace e talora scompare solo molti mesi dopo il trattamento.

Parziale o più accentuato al livello di alcuni denti, festona spesso regolarmente le arcate dentarie ed è più intenso al livello di denti ammalati. Talora invece insorgono una o più chiazze nere alla faccia interna delle guancie e delle labbra e qualche volta tutta la lingua prende una leggera tinta bluastra. Se insorge una vera stomatite, che differirebbe dalla stomatite mercuriale per caratteri di maggior benignità, è prudente sospendere (nei casi più intensi) o solo moderare il trattamento, curando bene l'igiene della bocca.

La patogenesi della stomatite bismutica non è ben chiarita e l'associazione fuso-spirillare invocata non può certo da sè spiegarne la produzione. Il colorito nerastro dell'orletto gengivale, pare dovuto a grani amorfi di solfuro di bismuto.

Nello studio della eliminazione del bismuto, esso è stato ritrovato nel sangue, nel liquor, nella saliva, nella bile, nelle feci, nel sudore, nelle urine. Nelle urine l'eliminazione pare si produca da 12 a 20 ore dopo l'iniezione prolungandosi da venti a trenta giorni dopo un trattamento comune. Pare che parecchie ore dopo l'emissione dell'urina, forse per la sua fermentazione, avvenga una precipitazione sotto forma di solfuro di bismuto.

La terapia antisifilitica coi preparati di bismuto fa così i suoi primi passi, mentre la chimica farmacologica e la clinica si alleano per studiare altri composti di quell'elemento, onde, sull'esempio di Ehrlich, giungere a determinare le relazioni esistenti fra il grado di maggiore attività del farmaco e la sua costituzione chimica.

E il desiderio di giungere a un composto più attivo e migliore del tartro-bismutato di sodio e potassio anima certamente anche Levaditi, che lo ha proposto. Sull'azione treponemicida, specifica, di esso non è possibile ormai nessun dubbio.

Sulla sua efficacia immediata e a distanza nelle varie forme della sifilide umana, sul suo valore in rapporto alla invocata terapia « sterilisans », sui suoi vantaggi sugli altri rimedi sovrani contro l'infezione, sulla opportunità del suo uso ad essi associato, sulla possibilità di giungere a un composto iniettabile nelle vene, diranno altri studi, i lavori di controllo, l'esperienza, il tempo.

E dovrebbe perciò essere meglio nota la precisa costituzione chimica del farmaco e diffusa agli istituti scientifici largamente per l'onesto necessario controllo, che, eventualmente consigliandone il largo uso nella terapia, induca o meno all'incitamento di una nostra produzione nazionale.

Esso invece è già diventato monopolio di qualche casa francese ed è in preda alla speculazione. In Italia, il Truffi, all'ultimo Congresso di Dermosifilopatia, tenutosi nello scorso dicembre in Roma, ha comunicato qualche risultato sull'uso del bismuto nella sifilide.

Ho intrapreso da un po' di tempo anch'io, nella Clinica dermosifilopatica della Università di Roma, le iniezioni intramuscolari di tartrobismutato di sodio e potassio, fornito a caro prezzo dalla casa Chenal e Douilhet e renderò noti i risultati, appena avrò potuto aggiungere altri casi a quelli che per ora non sembrerebbe confermassero l'ottimismo dei clinici francesi. Non è possibile non credere, ripeto, all'azione specifica del rimedio ma io penso fin d'ora che si possa e si debba giungere a qualche miglior composto del bismuto.

E già la mia breve esperienza rifiuta di accettare l'affermazione di Levaditi che si tratti « di un farmaco d'azione paragonabile a quella dei migliori antiluetici noti e che sembra agire meglio e più profondamente del mercurio ».

E se Levaditi crede che « des longs mois d'observation sont nécessaires pour formuler un'opinion définitive » sulla guarigione radicale della sifilide per mezzo del bismuto, noi, in verità, siamo un pochino più scettici, dopo che l'esperienza di anni con rimedi antisifilitici assai più intensi (gli arseno-benzoli) lascia il quesito della guarigione radicale della sifilide alle prese ancora coi dubbi o le disillusioni dei clinici sereni ed esperienti.

Roma, 20 febbraio 1922.

LAVORI ORIGINALI.

L'ernia crurale voluminosa e incontenibile come causa di varici della grande safena.

Dott. SILVESTRO BILE, chirurgo
assistente ordinario presso il R. Istituto di Anatomia Umana Normale, diretto dal professore G. SALVI.

Le varici o flebectasie (D'Alibert e Briquet) si possono riscontrare in varie regioni del nostro corpo, dalle più semplici alle più complicate.

Assistiamo così alle varici, dei plessi emorroidarii, a quelle delle vene dei ligamenti larghi, a quelle delle vene dei plessi spermatici, a quelle delle vene delle tuniche dell'esofago e così via.

Ma quelle più frequenti e che più da vicino interessano il pratico, sono le varici degli arti inferiori, sia delle vene sotto fasciali, che di quelle sovra fasciali (della grande safena e della piccola).

Reclus, distingue nelle varici quattro stadii e cioè:

un primo dove si ha la semplice dilatazione senza lesione delle tuniche;

un secondo dove si trova la dilatazione con spessezza delle tuniche;

un terzo dove si ha dilatazione con alterazione irregolare delle pareti, con spessezza e assottigliamento di esse nei varii punti;

un quarto dove si ha l'estensione della dilatazione, tra le arborizzioni vascolari cutanee.

In verità la semplice dilatazione non costituisce una vera varice, non essendoci strutturalmente, modificazioni apprezzabili.

L'uso, infatti, di legacci troppo stretti, può menare alla successiva dilatazione venosa, senza che nei primi momenti si abbia il tipo classico delle varici.

Per parlare di vere flebectasie nel senso patologico dobbiamo ammettere una lesione delle pareti stesse del vaso. Similmente le dilatazioni venose che s'accompagnano agli aneurismi artero-venosi, non dovrebbero essere considerate come vere e proprie varici.

Infatti, in esse dopo un breve periodo di ipertrofia, subentrano subito delle lesioni distrofiche; invece in quelle consecutive all'aneurismo artero-venoso, l'iperplasia della parete venosa colpisce il tessuto muscolare e le altre parti nobili del vaso.

Per molti, il quarto stadio del Reclus, non viene considerato, non costituendo un carattere generale delle varici in genere.

In tesi generale si può ammettere che le varici cominciano con una dilatazione di calibro regolare e con ispessimento delle pareti venose. In uno studio ulteriore lo sviluppo continua in maniera irregolare, riscontrandosi dei punti più ispessiti e dei punti meno, donde l'apparire di rigonfiamenti alla superficie del vaso. A poco a poco lo stato varicoso si propaga ai rami che confinano col tronco colto dal processo in questione.

Le varici dello arto inferiore, per Verneuil, cominciano abitualmente dalle vene sottofasciali. Altri, invece, come Vallette de Lyon, Tillaux, ecc., hanno citati dei casi in cui le varici del territorio superficiale erano apparse prima che nei tronchi profondi si fossero manifestate alterazioni di sorta.

Per molti autori, le vene che vengono primitivamente invase dal processo patologico, sarebbero quelle della faccia posteriore della gamba, e cioè le vene tibiali posteriori e le peronee. La malattia in seguito si propagherebbe ai tronchi inter e intra muscolari, che traversando la massa del tricipite surale verrebbero ad anastomizzarsi colla vena safena interna e con l'esterna. Estendendosi il processo, verrebbero alterate le altre vene profonde; infine si unirebbero a queste le vene superficiali e più specialmente quelle del territorio della grande safena.

Quasi di regola le varici cominciano a comparire nell'età adulta, ma non mancano dei casi (specie nel territorio delle vene spermatiche) nei quali si ha la manifestazione del morbo in tenera età.

Per alcuni autori sarebbero più frequenti nel sesso maschile, per altri nel sesso femminile. Certo, coloro che sono costretti a rimanere per molto tempo in piedi sono predisposti più degli altri alle varici. Ad esempio, alcune professioni, come gl'impiegati in certi magazzini, le lavandaie, i cuochi, i fonditori, i lavoranti in vetro, ecc. A ciò spesso si aggiungono condizioni sfavorevoli dell'ambiente esterno, come, ad es., l'umidità.

Secondo i più due sono le condizioni che intervengono nella insorgenza di varici e cioè «una pressione sanguigna anormale esercitantesi sulle pareti del vaso, e uno stato patologico delle pareti stesse, che ne favorisce a poco a poco la distensione.

Il primo fattore è puramente meccanico ed è a torto considerato come quello di minore importanza, poichè in certi casi è proprio al

fatto meccanico che si rilega l'insorgere del morbo, specie nel territorio delle safene.

Il secondo fattore produce, per particolari stati dietetici dell'organismo, una modificazione strutturale delle pareti del vaso, favorendo o accompagnando lo sviluppo di varici.

Tra i fattori meccanici vanno considerati certi vizii valvolari cardiaci, tumori addominali, e in particolar modo, la gravidanza. Però, nei riguardi a quest'ultima, gli autori non sono d'accordo, essendosi riscontrati stati varicosi, anche quando l'utero è al primo mese di gravidanza e quindi di mole tale da non poter comprimere le iliache; e, a questo proposito, s'è portato in campo la teoria della azione trofica di origine riflessa (Lanceraux, P. Dubois, Barnes Leonardi).

Riguardo ai secondi fattori, si devono prendere in considerazione in special modo alcune intossicazioni croniche come il saturnismo, l'alcoolismo, la pellagra e alcuni stati dietetici dell'organismo come, ad es., l'artritismo e la gotta.

Questi diversi stati favoriscono lo sviluppo di varici, e, per la trasformazione sclerotica delle tuniche vasali, si ha gradatamente la dilatazione patologica di esse.

Ora la causa meccanica, specie nei soggetti predispoti o intossicati, accelera la formazione di varici, con l'ostacolare continuamente il normale flusso sanguigno.

Così noi assistiamo con maggior frequenza all'insorgenza del varicocele a sinistra che a destra, appunto (secondo i più) per certe condizioni anatomo-topografiche sul decorso della vena spermatica di sinistra. Si sa infatti che essa non sbocca direttamente nella vena cava inferiore, ma, ad angolo più o meno accentuato, nella vena renale corrispondente. Non solo, ma, nel suo cammino ascendente, passa assieme all'arteria omonima sotto l'S iliaca del colon, che, specie in persone sofferenti di stitichezza abituale, è ripiena di sostanze fecali. Ne succede che la vena è compressa e il sangue viene ad essere molto ostacolato nella sua ascensione verso il cuore.

Ora le varici dei plessi pampiniformi potranno trovare la loro causa in condizioni morbose dello organismo, ma non è detto che questa predisposizione ci debba sempre esistere, e, quindi la causa meccanica può da solo dare origine alle flebectasie suddette.

Ora, fra le tante cause, delle quali alcune sono ancora completamente sconosciute, ve n'è una meccanica, che finora per quanto io sappia non è stata considerata, nell'insorgenza di varici in certi individui. Intendo alludere all'ernia crurale voluminosa e incontenibile, che si sia fatta strada non attraverso a uno dei piccoli numerosissimi fori della fascia cribroforme, ma attraverso l'orificio per il quale si fa strada l'arco della safena.

Il fatto, che potrebbe suscitare degli increduli commenti, ce lo possiamo spiegare assai bene considerando un po' da vicino la regione inguino-crurale.

L'aponevrosi femorale, o altrimenti detta fascia lata (portandosi in senso latero-mediale), giunta in corrispondenza del margine mediale del m. sartorio si sdoppia in due foglietti, dei quali uno è superficiale e passa innanzi ai vasi femorali, l'altro è profondo e passa dietro. I due foglietti si ricongiungono in corrispondenza del muscolo 1° o medio adduttore che inguainano.

Siccome il foglietto posteriore striscia sullo Psoas e iliaco e sul pettineo, muscoli ravvicinati fra di loro a mo' di tetto rovesciati, ne risulta che esso è costretto a scendere sullo Psoas e a risalire sul pettineo.

Si forma così un astuccio triangolare intorno ai vasi femorali di cui l'apertura superiore corrisponde alla lacuna vascolare e l'apertura inferiore si addossa invece attorno ai vasi femorali stessi fondendosi con le loro pareti.

Questo astuccio (astuccio crurale) presenta allo studio due pareti (postero-mediale e postero-laterale) continue e della stessa consistenza e tessitura, mentre la terza parete, cioè a dire l'anteriore, se ne differenzia per la sua natura prettamente cellulare, presentandosi tutta bucherellata. Ciò le ha valso il nome di *fascia cribriforme*.

Sono compresi in esso: l'arteria femorale, la vena e i vasi linfatici profondi. Lo scompartimento di questi ultimi viene comunemente chiamato: canale crurale. In verità, allo stato normale delle cose, il canale non esiste, essendo completamente chiuso dovunque.

Comunque, esso presenta a considerare delle pareti e due orifici, dei quali uno è profondo e l'altro è superficiale.

Le pareti sono le seguenti:

Parete anteriore: il tratto più mediale della fascia cribriforme;

Parete postero-mediale: fascia del pettineo, fuso col foglietto di sdoppiamento profondo della fascia femorale;

Parete laterale: da un setto connettivale che divide la vena da vasi linfatici.

L'orificio profondo è limitato:

1° in alto e in avanti dal legamento di

Poupart e, secondo Antonelli, dalla sua porzione Gimbernatica;

2° in basso e posteriormente, dal legamento di Cooper, nastro fibroso teso e inserito sulla branca orizzontale dei pubi presentando una altezza di pochi mm.;

3° medialmente, dal margine falciforme del legamento di Gimbernat;

4° lateralmente, dal setto connettivale che divide la vena dai vasi linfatici.

Dalla parte della cavità addominale è otturato dal *Septum crurale* del Cloquet, dipendenza della fascia *transversalis* di Cooper.

L'orificio superficiale è dato dal punto in cui la vena safena grande sbocca nella vena femorale, ossia nella parte inferiore della fossa ovale di Scarpa, dove la fossa stessa presenta un laccio fibroso resistente, a forma di falce, denominato appunto: Plica falciforme di Allan-Burns.

Ora un'ernia che si sia prodotta, imbocca nella norma, il canale crurale, attraversando il suo orificio profondo (*locus minoris resistentiae*) lo percorre (3 cm. Antonelli) e può venire a riuscire ad uno dei numerosi forellini della fascia cribriforme, e, fra essi, a quello grande, in cui la vena safena interna penetra per sboccare nel vena femorale.

Supposto che l'ernia, per una qualsiasi ragione divenga a poco a poco voluminosa e irriducibile, dimorerà nella fossa ovale di Scarpa, esercitando una pressione continuata sullo sbocco della grande safena.

Quest'ultimo si troverà col suo arco fra la pressione dell'ernia e la resistenza della plica falciforme di Allan-Burns.

Quale ne potrà essere la conseguenza?

La colonna sanguigna ristagnerà a valle dello sbocco e le pareti del vaso, specie se vi siano degli stati dietetici organici, diverranno a poco a poco ectasiche, manifestandosi alterazioni strutturali nelle pareti stesse, che, succintamente possono essere considerate così, come per qualsiasi altra affezione varicosa. La tunica media si presenterà, come dice Cornil, ipertrofica per sviluppo anormale di connettivo.

I *vasa vasorum*, per modificazioni patologiche ulteriori diverranno anch'essi ectasici, sviluppandosi in modo abnorme, e si produrranno così varici su varici. Questa ectasia dei *vasa vasorum* potrà giungere a tal punto da inguainare la vena safena in un intreccio di vasi tortuosi e costituire dei tumori d'aspetto quasi cavernoso.

Questi vasi ectasici potranno ridursi a tale sottigliezza da rompersi, dando così origine a versamenti sanguigni nelle tuniche. Oltre alle lesioni strutturali dei *vasa vasorum* si potrà notare al microscopio un deposito di granuli colorati tra i diversi fasci fibrosi e la formazione di speciali pietre venose, conosciute sotto il nome di *fleboliti*, che più facilmente si riscontrano in prossimità dei lembi valvolari. In uno stadio ulteriore si potrà avere la possibilità d'una fusione delle tuniche venose col tessuto connettivo circum ambiente invaso dalla sclerosi che si propaga dalla periflebite in questione.

Le valvole che normalmente debbono agevolare il deflusso del sangue in alto, col loro meccanismo d'addossarsi alla tunica interna per lasciar passare il sangue, e col ritornare col loro margine libero verso l'asse del vaso (per impedire che il medesimo rifaccia il cammino fatto); diverranno a loro volta insufficienti. E secondo la classica memoria del Trendelenburg (1890) questo processo d'insufficienza può essere duplice: o di indole patologica per lesioni fibro-sclerotiche dei lembi valvolari; o di indole meccanica per insufficienza di contatto dei medesimi.

Ora, se il momento dietesico esiste, la causa meccanica produrrà in breve il quadro varicoso. Se il momento dietesico non esiste (ed io modestamente credo che sia nella metà dei casi) la causa meccanica predisporrà e spesso determinerà la formazione di varici con le consecutive alterazioni strutturali delle pareti vascolari, causato dal cattivo nutrirsi delle tuniche, causa il ristagno del sangue carbonico.

A mio modo di vedere, in tesi generale, pur dando agli stati patologici dell'organismo il suo valore, credo assai che senza un ostacolo meccanico, per quanto minimo, non si possa produrre un vero e proprio quadro varicoso, poichè allora dovremmo trovare varici nella maggior parte delle vene del nostro corpo, quando esistessero gl'indebolimenti organici predetti. Noi invece assistiamo con tutta frequenza alla formazione di tratti e nodi varicosi in quelle vene le quali presentano dei rapporti anatomo-topografici tali, che alterandosi favoriscono lo sviluppo di varici [safena interna, esterna, plessi emorroidarii, plessi pampiniformi]. Riguardo alla nuova causa meccanica che ho creduto esporre brevemente, essa trova un esempio abbastanza chiaro nel caso che vado a riferire, a me capitato.

A. F., lavandaia, di anni 45, maritata, con tre figli tutti viventi e sani, viene a consultarmi nel marzo scorso.

Nulla di notevole nell'anamnesi, se si ec-

cettua una forma leggera di reumatismo articolare cronico. Niente infezione luetica.

L'attuale malattia apparì dopo sei anni circa, dacchè si manifestò nella regione femorale sinistra un'ernia che a poco a poco raggiunse le dimensioni d'un grosso limone.

L'inferma asserisce che prima poteva con leggere manovre ridurre l'ernia, e che da un tempo a questa parte non le fu più possibile.

La produzione erniaria in passato le ha dato fastidî e spesso vivissimi dolori, specie nelle giornate, in cui per il suo mestiere, si affaticava maggiormente. Da quasi 2 anni però porta l'ernia quasi senza disturbi. Consecutivamente (l'inferma dice quasi 6 anni dopo) si manifestarono alla regione interna dell'arto inferiore sinistro dei cordoncini bluastri, che man mano si accentuarono divenendo sempre più serpigginosi e molesti per dolori lancinanti specie nelle ore della notte e nelle giornate umide e piovose. In seguito, in corrispondenza del malleolo interno, incominciò ad osservare una rarefazione della pelle che ben presto degenerò in una ulcera varicosa che attualmente ha assunto proporzioni vaste.

Esame locale. — Nella regione inguino-crurale sinistra si nota un tumore grosso quanto un limone. Usando delicate manovre di riduzione non si arriva allo scopo.

Facendo tossire fortemente l'ammalata in posizione verticale, si nota un leggero aumento del volume del tumore che scompare allorquando si fa coricare l'inferma per tentativi di riduzione.

Palpando il tumore si avverte che è di consistenza quasi granulosa.

Con la percussione si ottiene suono prettamente ottuso. Da sotto il tumore si estende quasi per tutta la lunghezza dell'arto inferiore, lungo la faccia interna, una arborizzazione bluastra, rilevata, che termina in basso sulla vasta ulcerazione. Facendo cambiare posizione (dalla verticale alla orizzontale), il quadro patologico non ha varianti.

Faccio diagnosi di ernia voluminosa crurale, irriducibile e incontenibile a contenuto epiploico con consecutiva formazione di varici nel territorio della grande safena. L'inferma accetta la cura medica alla Bainton per le varici e rifiuta quella radicale dell'ernia, asserendo che è la sola infermità varicosa che l'ha spinta a consultare il medico e non l'ernia per la quale non avverte grandi fastidî.

CONCLUSIONE.

Ecco il caso clinico, brevemente esposto, e le mie deduzioni personali. Certo sarei stato più soddisfatto, se avessi potuto constatare che eliminando la causa (la grossa ernia in quistione) si fosse apportato giovamento al quadro varicoso.

Comunque, io credo che la vera causa che ha prodotto le varici è quella della pressione costante del sacco erniario e del suo contenuto irriducibile sull'arco della safena, e che il reumatismo articolare di cui l'ammalata ha riferito nell'anamnesi, abbia solo coadiuvato a l'evoluzione della infermità.

Novembre 1921.

BIBLIOGRAFIA.

RECLUS. Manuel de Pat. externe, t. I, p. 388, 1898.

BRIQUET. Thèse de Paris, 1824, n. 193, et Archives générales de médecine, 1re série, tome VII, p. 200 e 396 (1825).

VERNEUÏL. Bull. Ac. de Médecine, 1855. — Gazette médicale, 1855, p. 524. — Revue de thérapeutique méd. chir., 1854-1855.

HUGHES. Brit. med., I., 1887.

TILLAUX. Tribune médicale, 1894, p. 127.

RENUS. Bull. général de thérapeutique, 1895, p. 10, 60, 121 e t. 171.

CORNIL. Archives de physiologie, 1872, t. IV, p. 602.

EPSTEIN. Arch. f. An. Path. and Phys., 1887.

HODARA. Monat f. prakt. Dermat., XX, n. 1 e 2. Revue de Hayem, 1896, p. 288.

LETULLE. Anatomie pathologique du cœur et des vaisseaux, 1897.

LEONARDI. Thèse de doctorat, Paris, 1888, n. 74.

PIERRE DELBET. Clinique chirurgicale Hôtel-Dieu, Semaine médicale, 1897.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTIT. DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DIMOSTRATIVA DELLA R. UNIVERSITÀ DI MODENA.

Direttore: prof. L. VANNI

La sindrome anafilattica ha una base anatomica.

Prof. dott. T. SILVESTRI, aiuto volontario.

R. L., di anni 16. Eredità tubercolare. Il 16 giugno p. p. fui consultato per una porpora che datava da 15 giorni.

Temp. 38°.9. P. 132. R. 31.

Colorito della pelle bianco-sporco, petecchie, echimosi, piccoli ematomi disseminati ovunque con prelavenza all'addome, torace e radice degli arti.

Risalto delle linfoglandole, specie delle cervicali ed ascellari. Gengive leggermente sanguinanti da tre giorni. Anoressia, alito cattivo, lingua impaniata. Milza lievemente ingrossata, il fegato pure nello stesso grado, leggermente dolente.

Negativo l'esame degli altri organi ed apparati.

Es. delle urine. Negativo.

Sangue: oligocitemia, olicromemia; nessuna modificazione qualitativa della formula citologica.

Prescrissi paraganglina Vassale alla dose di 40-50 gocce al giorno, limonate abbondanti e sali di calcio ad alta dose.

Ma essendo sopravvenuta a brevissima scadenza una epistassi grave, in mancanza di siero fresco di cavallo, di soluzione di peptone, ricorsi al siero antistreptococcico alla dose di 2 fiale al giorno (20 cc.).

Il 23 essendo domata la rinorragia sospesi le iniezioni, ma il 28 essendo ricomparsa si ricorse di nuovo, e sempre in mancanza d'al-

tro al siero antistreptococcico (una fiala). L'iniezione fu dolorosissima e seguita a distanza di 3' da vertigini, vomito, convulsioni, turbe cardiovascolari e respiratorie imponentissime, collasso, coma.

Dopo tre ore la sindrome allarmante era pressochè scomparsa, ma residuavano paralisi del facciale inferiore, del palato molle di sinistra, disturbi spiccati della deglutizione, tachicardia, aritmie, respirazione stertorosa, ecc. Orticaria diffusa a grandi elementi.

Nelle urine: albumina, glucosio, acetone, questo in quantità spiccata.

Da questo momento il peggioramento delle manifestazioni discrasiche fu lieve, progressivo invece e spiccato quello della sindrome bulbare ad onta di tutti i mezzi messi in opera. La morte avvenne alle 6 del 1° luglio.

B. A., marinaio, di anni 29, malato di T. P. contratta in servizio.

21 novembre 1921 ore 14. Alla 2ª iniezione di siero-vaccino Bruschettini fatta alla distanza di 5 giorni dalla prima, è stato colto immediatamente da collasso, pallore cadaverico, raffreddamento spiccato, respirazione superficialissima con accenno a Cheyne-Stokes, tachicardia, aritmie, ipotermia 35.1.

Iniezioni di adrenalina, ossigeno, pennello faradico. Dopo 20 minuti la sindrome comincia a dissiparsi. In breve la temp. è 40°.7. Alle 17 le condizioni si erano ripristinate.

Che si tratti di sindromi bulbari da ictus anafilattico non credo vi possa esser dubbio, sebbene manchino i risultati di ricerche sul sangue, sul trasporto dell'anafilassi, ecc.

« La sindrome di ictus è eminentemente nervosa, prevalentemente bulbare.

.... noi possiamo ammettere che lo *shock* sia il risultato dell'azione diretta dell'antigene sul bulbo ». (T. Silvestri: *Anafilassi; Idiosincrasia.* Pathologica, ottobre 1917).

Il prof. Ilvento (*Policlinico*, Sez. Pratica, 1920, n. 33) viene alle seguenti conclusioni:

1° Nel cosidetto *shock* da peptone e nell'anafilassi vengono compromesse direttamente le cellule dei centri nervosi, e in maniera elettiva le centromotrici;

2° Tanto negli animali che nell'uomo lo *shock* da peptone e l'anafilassi corrispondono ad un quadro ben preciso, costante, la lesione cioè funzionale ed anatomica dei nuclei di origine del vago, donde la sintomatologia.

Il Pentimalli (*Riforma Medica*, n. 25, 1921) ha constatato che nei conigli nel decorso di una intossicazione cronica proteica si verificano frequentemente fenomeni anafilattici, spesso accompagnati da nistagmo, quando isolato, quando associato a convulsioni, dispnea, movimenti pendolari del capo, midriasi, sindrome che l'A. riporta ad alterazioni dei centri bulbo-protuberenziali, più sensibili al veleno proteico, alterazione quindi la cui produzione può verificarsi anche nelle condizioni in cui i rimanenti elementi nervosi rimangono integri.

Nella stessa mia nota dicevo che oltre il bulbo, la cute, la mucosa nasale nell'uomo, l'apparato respiratorio nella cavia e qualche volta nell'uomo, l'intestino del cane e non di rado nell'uomo, sono le sedi di predilezione, le sedi elettive delle manifestazioni anafilattiche.

E se per Kopoczewski la base anatomo-patologica dell'ictus anafilattico, quando è grave, si traduce nella ostruzione dei capillari polmonari, consecutiva alla flocculazione dei miceli colloidali, donde asfissia acuta, non bisogna dimenticare che l'A. si è occupato dell'argomento nel laboratorio, e quindi di regola si riferisce a quanto avviene nelle cavie, conigli.

Anche il Pesci, recentissimamente accenna a speciali tessuti, a speciali regioni, nei quali alla reazione umorale, che caratterizza di norma l'ictus (flocculazione delle piastrine) si associerebbe una reazione cellulare, donde aggravamento dell'ictus per trombosi locali, che si aggiungerebbero a quelle risultanti dalla flocculazione delle piastrine in circolo; ma dai lavori letti non sono riuscito a localizzarli, ad individualizzarli.

Ad ogni modo parmi che l'osservazione spassionata dimostri come, si tratti di forme fruste, o al completo, la sindrome anafilattica di regola non sconfina mai dalle sedi sopraccennate.

Convulsioni, nei bambini di norma, ipertermia, ipotermia, turbe cardiovascolari e respiratorie di origine bulbare, riniti, rinorrea, attacchi di asma, congestioni, edemi della glottide, e polmonari anche, acutissimi, rari fortunatamente, turbe gastriche, gastro-intestinali, orticaria, edemi cutanei più o meno diffusi, pseudoerisipele, pseudoflemmoni, ecco l'insieme delle manifestazioni, che è possibile osservare nell'anafilassi.

L'uniformità, la sistematizzazione, la specificità, per così dire, della sindrome anafilattica, sono, a mio modo di vedere, l'indice più sicuro della sua base anatomico.

Le più recenti dottrine però sull'anafilassi sembrano contraddire assolutamente a questa ipotesi.

L'accordo ormai è unanime fra gli avanguardisti, diremo così, nell'escludere nel meccanismo di produzione dello *shock* proteico in genere, dell'anafilattico in ispecie, qualunque fattore tossico: si tratterebbe semplicemente di un fenomeno fisico, fisico elettrico, di un disturbo dell'equilibrio colloidale, donde an-

che il nome di ictus colloidoclasico (Widal, ecc.), e più precisamente di una flocculazione dei miceli colloidali, visibile all'ultramicroscopio e fissabile colla cinematografia (Kopoczewski), di una flocculazione delle piastrine. (Pesci).

L'equilibrio di norma si ristabilirebbe prontamente donde difetto di ogni lesione cellulare, il che distingue nettamente gli *shock* colloidoclasici dalle intossicazioni, processi questi che attaccherebbero il protoplasma delle cellule per azione chimica, deteriorandole, distruggendole anche, processi che hanno una certa specificità, che manca affatto nello *shock* anafilattico (Widal, ecc.).

Ma sorge spontanea la domanda:

Le manifestazioni anafilattiche anche ridotte alla loro più semplice, più genuina espressione, e quindi ad un *substratum* rappresentato da edema semplice e congestione (Widal) quali fattori riconoscono?

Abituati a considerare le congeneri quali il risultato di cause tossiche, tossinfettive, ecc., qualunque ne sia il meccanismo patogenetico, non sappiamo adattarci ad ammettere che proprio le anafilattiche faccian eccezione alla regola.

L'anafilassi, lo ripeto, ai lumi delle recenti dottrine si ridurrebbe ad un disturbo dell'equilibrio colloidale, senza la necessità di un periodo di preparazione per le formazioni di anticorpi specifici, sebbene il Pesci, che pur milita fra gli estremisti, non sappia al riguardo distaccarsi dalle teorie classiche.

Questa concezione dell'anafilassi non sarebbe che un caso particolare della dottrina, che ha fatto capolino da qualche tempo, secondo la quale i diversi anticorpi (agglutinine, lisine, ecc.) non esisterebbero in realtà, ma sarebbero semplicemente il risultato di modificate condizioni del sangue, le quali non eserciterebbero meno i loro effetti di fronte ai rispettivi antigeni.

Certo l'ipotesi è molto ardita, e sembrerebbe anzi contrastare con nozioni biologiche molto accreditate; ma anche accettando integralmente le recentissime vedute sull'ictus anafilattico, male si comprende, come modificazioni così radicali e brutali nel sangue (1) e nei tessuti, essendo l'ictus per affermazione dello stesso Kopoczewski primitivamente e prevalentemente cellulare e solo secondariamente umorale, dovrebbero riuscire indifferenti, qualunque sia la durata, l'intensità della reazione, qualunque sia la delicatezza, la resistenza dei tessuti per condizioni congenite od acquisite.

Ma prendiamo in esame molto brevemente e senza preconcetti la questione dell'anafilassi sotto un punto di vista generale.

L'anafilassi ci si profila come una reazione di difesa, nella quale il fenomeno culminante, sarebbe costituito da una precipitazione di colloidi, e in ciò l'accordo ormai è unanime.

Questa reazione non è peculiare allo *shock* anafilattico, ma è propria anche dello *shock* proteico in genere.

Dessa non è fortuita, ma si deve ritenere l'esponente della difesa dell'organismo di fronte ad albumine eterogenee, comunque arrivate in circolo; non le attacca direttamente a mezzo di anticorpi proteolitici, idrolitici, ma si difende *d'emblée* sia coll'eliminarle attraverso diversi emontori, sia colla precipitazione delle medesime, precipitazione che sarà più o meno intensa nei diversi distretti dell'economia, sia per ragioni di affinità, di preparazione, ecc.

Fautore convinto della teoria che vedeva la sindrome anafilattica quale conseguenza della digestione parenterale dell'antigene (*Anafilassi alimentare*. Gazzetta Ospedali, 1912. — *A proposito dell'anafilassi medicamentosa*, Policlinico, Sez. Prat., 1914), l'abbandonai successivamente, *essendo ormai pacifico che la digestione parenterale delle proteine è lenta, lentissima relativamente, anche nell'animale sensibilizzato, e si compie con tutta verosomiglianza in due tempi, nel primo dei quali si ha precipitazione delle medesime, e solo in un secondo la proteolisi, il che contrasta stridentemente col modo di insorgere dell'ictus, precocissimo, non di rado istantaneo.*

« La reazione antigene-anticorpo-complemento, così continuavo, avviene in seno ai tessuti, e si esplica con effetti immediati, i quali da semplici modificazioni dinamiche, funzionali, possono arrivare fino alla morte delle medesime, sia per la *tossicità dell'antigene precipitato*, che, e specialmente per il *trauma* vero e proprio, dovuto alla brutalità ed intensità della reazione, *reazione* che disturba i rapporti normali dei componenti cellulari non solo, ma delle diverse cellule fra di loro, di queste coll'ambiente rappresentato dal plasma sanguigno ». (T. Silvestri: *Anafilassi. Idiosincrasia* Pathologica, 15 ottobre 1917).

Il Pesci — per il quale si può parlare di anafilassi solo quando è dimostrabile nel caso in termine, una precedente preparazione con so-

(1) Cambiamenti dei segni di carica elettrica delle globuline, della tensione superficiale, flocculazione miceliare, delle piastrine, piastrinopenia, leucopenia, ecc.

stanze che posseggono potere antigene, ossia atte a provocare le cellule viventi a fabbricare anticorpi — così si esprime circa il meccanismo patogenetico dell'ictus.

La piccola dose di sostanza preparante subisce nell'organismo una progressiva metatipia, finchè viene a far parte integrante dei colloidi viventi delle cellule, alle quali imprime un nuovo carattere, pur conservando una speciale affinità per l'antigene primitivo. Le cellule stimolate dal nuovo prodotto (e anzitutto le cellule e gli entoteli capillari di speciali regioni, o di speciali tessuti) fabbricano per sintesi colloidi (istiogeni) perfettamente simili al nuovo derivato (esogeno) e ne caricano il plasma. Alla iniezione scatenante l'antigene precipita tali colloidi.

Secondo Kopoczewski, l'antigene agisce semplicemente per contatto, cambiando il segno della carica elettrica delle globuline, che abitualmente in maggioranza elettronegative, diventano elettropositive, donde precipitazione dei miceli colloidali, ecc.

L'autorità degli AA. citati in materia di anafilassi è tale che il voler obiettare sulle loro conclusioni può sembrare temerità: tuttavia pur domandando venia non posso fino a nuovi dati rinunciare alla tesi brevemente riassunta, la quale, ripeto, vede nell'anafilassi una reazione di difesa *vis-à-vis* della antigene, che si esplica attraverso la precipitazione immediata, l'immobilizzazione del medesimo, per cui è reso prontamente inattivo o quasi.

Mi sia concesso ancora di non accettare la distinzione che Widal fa nettamente fra *shock* proteico in genere, anafilattico in ispecie, ed intossicazioni.

Gli *chocs* in parola in niente si distinguono sia sotto il punto di vista clinico, ematologico e fino ad un certo punto anche anatomico, dai processi infettivi, tossinfettivi; e se la sindrome tumultuaria sparisce di regola rapidamente, senza lasciar traccia, il fatto va riferito a che l'organismo di regola trova in sè stesso il necessario per una pronta reazione antiproteinica causa la multiforme, la svariata alimentazione albuminoidea.

La sindrome di *shock* proteico è quella di una intossicazione massiccia, della quale ha la sintomatologia, le note ematologiche (leucopenia, piastrinopenia, ecc.), tanto è vero che concordi sono i risultati sperimentali nel dimostrare che le iniezioni di dosi piccole di proteina si traducono con fagocitosi, ecc.

Nello *shock* anafilattico gli effetti sono identici qualitativamente, quantitativamente sproporzionati alla causa, ma non per ciò si può scartare il concetto di una intossicazione proteica, nella quale l'organismo reagisce in maniera tumultuaria, paradossale, mettendo qualche volta a repentaglio non solo l'integrità, ma la sua esistenza, come se si trattasse di un avvelenamento proteico gravissimo, mortale, il che ci spiega pure la rapidità scomparsa della sindrome imponente, per la facile ragione che di regola ha su di un nemico tanto paventato quanto ridicolo.

A spiegare la loro ragione d'essere, e l'accennata sistematizzazione delle manifestazioni anafilattiche, senza nessuna pretesa, credetti di ricorrere alla seguente ipotesi:

« Il bulbo, la cute, la mucosa nasale e respiratoria superiore sono organi, tessuti vecchi, infimi, ma fondamentali, e quindi, dice Jakson, più organati; il tubo intestinale e l'apparato respiratorio.... sono pure formazioni antichissime.

Si può ammettere che in forza di ciò sia più facile per questi organi ed apparati la perdita dei patrimoni fisiologici, filogenetici ed ontogenetici, e quindi anche più facile un ritorno alle ataviche modalità di reazione? Si può in altre parole pensare . . . .

Se è così nell'anafilassi si avrebbe a fare, come dissi tre anni fa, con un fenomeno di reversione ». (In *Pathologica*, 1917).

NOTE DI TECNICA.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DIMOSTRATIVA.
DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA
diretto dal P. E. LIVIERATO.

La sterilizzazione eterea del latte nella proteino-terapia per iniezioni endovenose.

(Nota preventiva).

Dott. A. RIVARA, assistente.

La proteino-terapia, da molti anni, fu largamente usata nelle malattie infettive con risultati più o meno soddisfacenti. Dei materiali proteinici semplici più impiegati nella pratica un 1° gruppo abbraccia il siero, un 2° il latte, un 3° le proteino idrolizzate.

Dei sieri di sangue normale i più impiegati sono quelli di uomo e di cavallo. Le proteine del siero allo stato integro non hanno capacità diretta, di svolgere la reazione; bisogna che esse trovino nell'organismo un agente decomponente, che è rappresentato dagli anticorpi fisiologici. Siccome questi sono normalmente scarsi, si spiega perchè questo trattamento dà effetti così incostanti. Nel caso che

gli agenti decomponenti o manchino o siano troppo deficienti, il siero iniettato oltre a non portare effetto benefico, riesce nocivo, perchè carica l'organismo malato ancor più di scorie, particolarmente esiziali per il rene. E comunque l'azione benefica dei sieri e dei vaccini, viene attribuita non solo ai fattori specifici, ma ancor più, alle sostanze proteiche eterogenee in essi contenute.

Delle sostanze proteiche, non batteriche eterogenee, meno complesse e meno tossiche delle batteriche, vengono adoperate, parenteralmente i peptoni, le albumose ed il latte.

Il latte nella lattoterapia, si adopera intiero, scremato, od il solo siero. Il latte ordinariamente impiegato è quello di vacca e da solo o mescolato ad altre proteine batteriche, peptone, o siero di sangue. L'attività reattiva del latte pare si conservi meglio per quanto meno è sottoposto all'azione della temperatura.

Il perchè l'applicazione del latte si è diffusa a preferenza di quelle altre proteine sta in parte nella facilità di procurarsi quella proteina eterogenea, e di poterla sterilizzare; ma sopra ogni altro nel fatto sostanziale, che gli effetti con esso seguono con maggior regolarità che per altre proteine. E ciò è dovuto nella maggior probabilità che esso ha di incontrare nell'uomo, dato il suo genere di alimentazione, i relativi anticorpi della specie bue con funzione disintegrativa. Ne aggiunge conferma il fatto che la dose efficace di latte è molto più bassa di quella che è richiesta pei sieri e in specie per quello di cavallo. La proteina attiva contenuta nel latte non è solo la lattoalbumina, corrispondente all'albumina del sangue, ma vi partecipa anche la caseina. Molti ottengono il latte asetticamente colla mungitura diretta, altri con la tindalizzazione ed altri infine portandolo all'ebollizione. Il latte viene iniettato per via sottocutanea, endomuscolare od endovenosa.

***

Scopo della presente nota preventiva è di rendere noto un nuovo metodo semplicissimo, da altri credo mai adottato, per ottenere latte perfettamente sterile e nelle migliori condizioni di integrità degli elementi proteici.

In una bottiglia ben pulita e sterilizzata, della capacità di cc. 500, a tappo smerigliato ed a perfetta chiusura si pone il latte integro, appena munto. Vi si versano 100 cc. di etere solforico: quindi chiuso e sigillato il recipiente si agita a lungo il contenuto e si mantiene poi per 10 giorni agitando parecchie volte al giorno alla temperatura di 37°.

In decima giornata il latte è perfettamente sterile e pronto per l'uso.

Con l'etere galleggiano i grassi separati dal latte; perciò è opportuno attingere il liquido dalla bottiglia con una lunga pipetta sterile, pescando al fondo.

Il latte così prelevato, vien posto in una provetta, pure sterile, ed intiepidito al di sopra di una fiamma per evaporare completamente l'etere in esso contenuto.

Numerosi campioni di latte, così trattati, disseminati su capsula Petri ed in provette con i comuni mezzi culturali, mai diedero sviluppo di germi. Ottenuta la perfetta certezza di una assoluta sterilizzazione cercai di saggiarne la tolleranza per via endovenosa, iniettando il latte, preparato nel modo suddetto, in quattro cani sani. L'iniezione veniva fatta lentamente nelle vene marginali dell'orecchio oppure nella giugulare esterna. La dose iniziale fu di 1 cc. portata progressivamente, dopo constatazione della massima tolleranza, a 10 cc. in due cani; mentre negli altri due, essendo lattanti, mi mantenni a 3 cc. Prolungai il trattamento per giorni 30 senza inconvenienti di sorta nè generali, nè locali, ad eccezione di un leggero acceleramento del polso e del respiro, specie quando l'etere non veniva completamente evaporato.

Sistematicamente esaminai il sangue di ciascun cane per poter rilevare eventuali modificazioni intervenute durante la cura.

Dagli esami del sangue ripetuti per ciascun cane ogni 7 giorni, notai:

1) aumento dei leucociti polinucleati neutrofili;

2) diminuzione dei linfociti;

3) leggerissimo aumento delle forme di passaggio e dei mononucleati grandi e medi; mai ebbi a notare alterazioni colorimetriche, o di forma degli eritrociti, oppure la presenza di forme patologiche di leucociti.

Constatata così negli animali la perfetta tolleranza e l'innocuità delle iniezioni di latte, preparato nel modo suddetto e per via endovenosa, dietro consiglio del mio maestro il Professor Livierato, ho voluto constatare gli effetti di un simile trattamento anche negli uomini affetti da malattie infettive febbrili.

Per ora mi limito ad enunziare il metodo di sterilizzazione eterea del latte ed il trattamento per via endovenosa, riservandomi di ritornare sull'argomento e riferire con una nota successiva sui risultati ottenuti, quando un numero sufficiente di casi, così trattati, mi permetteranno di trarre delle conclusioni definitive.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Nuovi strumenti ed apparecchi di chirurgia vescicale.

Dott. prof. G. B. SIGURTÀ, Milano.

Poichè l'esperienza da me fatta di alcuni nuovi strumenti di chirurgia vescicale, ne ha dimostrata raggiunta l'utilità pratica per cui li avevo ideati, mi induco a farli conoscere ai colleghi, come contributo a rendere più semplice e più razionale una operazione tanto frequente e sempre delicata come la cistotomia ipogastrica.

L'incisione della vescica col bisturi, come si è sempre fatta finora, presenta l'inconveniente che l'urina o il liquido di riempimento, si spargono in totalità o in parte nella ferita; il che, mentre è di sicuro danno nelle forme infette (basta rammentare la facile infettabilità del cellulare prevescicale e della cavità del Retzius), obbliga in ogni caso a perdere del tempo per detergere i tessuti imbrattati.

Altro inconveniente è la facilità con cui incisa la vescica, la mucosa, non più sostenuta dalla pressione endovescicale, si allontana dalla tonaca muscolare per l'allentarsi del tessuto lasso interposto, e si accartoccia, togliendo il parallelismo dell'incisione e occludendola; cosicchè, se non si è avuta l'avvertenza di uncinarla col dito o con una pinza nell'atto stesso di ritirare il bisturi, si deve perdere talvolta molto tempo per rintracciarla e per comprenderla nelle anse di filo marginali.

A prevenire questi inconvenienti molti chirurghi usano fissare preventivamente la mucosa, applicando — prima ancora di incidere la vescica — due anse di filo laterali alla linea mediana e a tutto spessore della parete vescicale: il che oltre a sostenere quest'ultima (mucosa compresa) permette altresì di svuotare la vescica attraverso il catetere uretrale, prima di aprirla col bisturi. Ma l'applicazione di queste due anse, oltrechè non sempre agevole (come, per esempio, negli individui adiposi, a pareti addominali molto spesse), non impedisce affatto che attraverso ai quattro fori così creati a tutto spessore nella parete vescicale, il liquido di riempimento o l'urina filtrino in dose più o meno rilevante.

Comunque, per raggiungere lo scopo in modo più sicuro, più completo, e allo stesso tempo più semplice, ho ideato due strumenti, di cui uno, che ho chiamato « cistotomo ipograstrico », è destinato ai casi in cui la vescica può essere preventivamente distesa, l'altro, che ho chiamato « catetere sollevatore a branche divaricabili », è riservato ai casi di vescica non distensibile ed a quelli in cui, per fatti cicatriziali da cistotomie precedute, si sono alterati i normali rapporti anatomici dei piani ipogastrici. (Non vi ha chirurgo che non sappia le difficoltà spesso notevoli che in tali casi si incontrano, nel raggiungere e nell'isolare la parete anteriore della vescica e il tempo e la pazienza che tale ricerca spesso richiede).

1° *Cistotomo ipogastrico.*

Costruito dal Baldinelli di Milano, esso richiama nella forma, la cannula di Spencer-

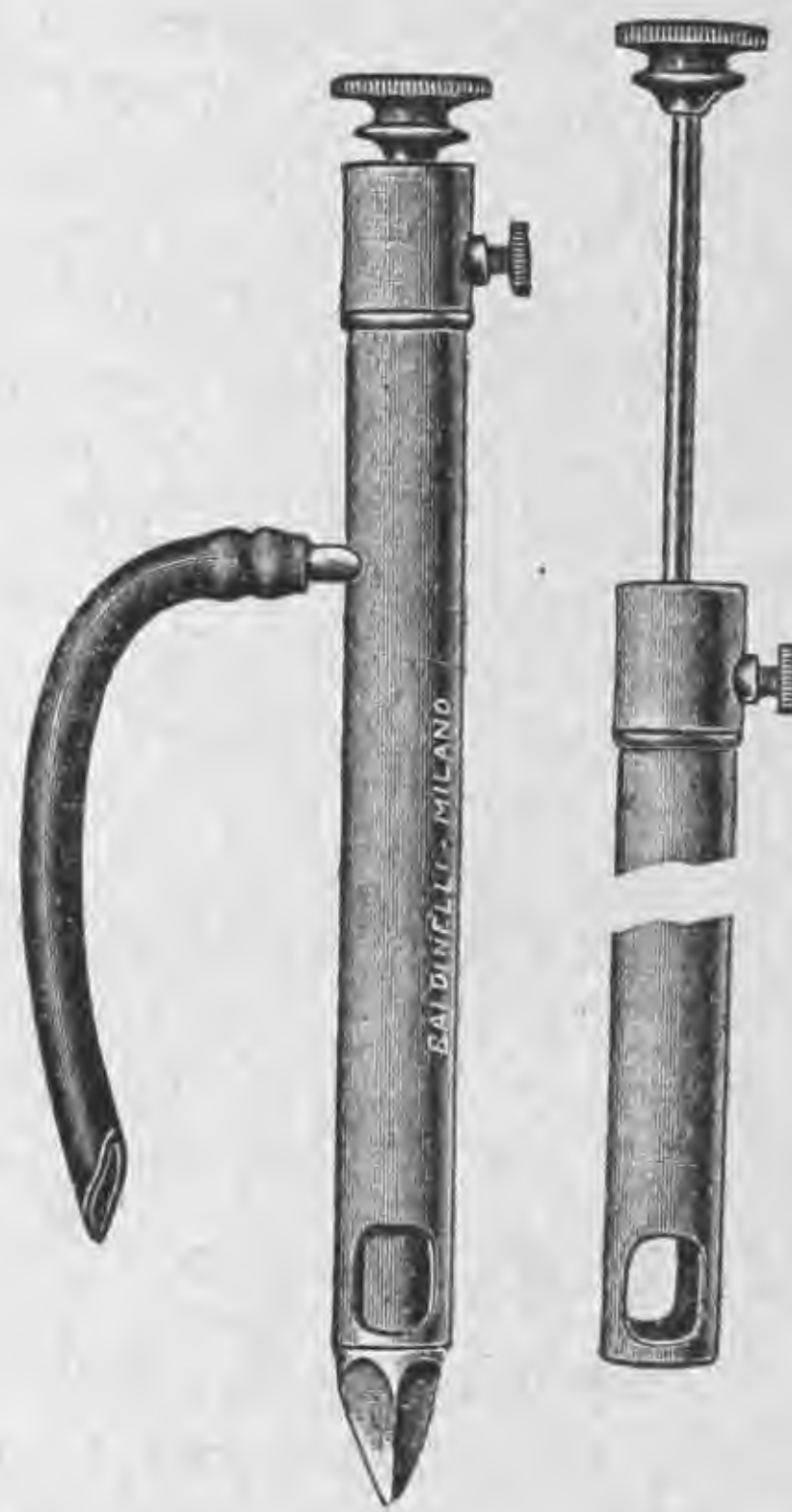



Fig. 1. — Cistotomo ipogastrico. Modello dell'A.
(Metà del naturale)

Wells per lo svuotamento delle cisti ovariche: ma, invece che cilindrico, è a forma ovale molto appiattita e, al posto del tre-quarti, porta una lama piatta bitagliente: di più, verso l'estremità inferiore, è forato da ambo i lati da un'ampia finestra che non ha già lo scopo, come a tutta prima potrebbe sembrare, di aumentare le vie di deflusso del contenuto vescicale, bensì di semplificare singolarmente, come vedremo, l'applicazione delle anse di filo marginali all'incisione, in tutti i casi in cui esse occorrono (fig. 1). La manovra è semplicissima. Infissa la cannula nella vescica, e ritirata in alto la lama, si lascia uscire il liquido di riempimento che attraverso l'apposito tubetto e mediante un prolungamento di gomma viene guidato in un'arcella senza che una sola goccia bagni la ferita: e ciò perchè, avendo la cannula una sezione notevolmente superiore a quella della lama, resta strettamente impegna-

ta nella breccia i cui bordi le aderiscono intorno intimamente. A vescica vuota si inclina fortemente il padiglione della cannula da un lato in modo da rialzarne l'estremità nascosta in vescica contro la mucosa del bordo incisionale del lato opposto e con un comune ago curvo, munito di un lungo filo di seta, si trafigge questo stesso bordo dall'esterno all'interno, passando l'ago attraverso la doppia finestra della cannula: quindi, girando ago e cannula insieme verso la mucosa del bordo incisionale del lato opposto, si trafigge pure quest'ultimo dall'interno all'esterno estraendo il filo fino a metà della sua lunghezza. Ritirando allora la cannula dalla vescica, essa trascinerà con sè la parte mediana del filo impigliato nella doppia finestra: tagliando questo a metà, avremo pronte senz'altro le anse marginali.

S'intende che quando queste non occorressero, il cistotomo avrà sempre adempiuto al suo primo compito di svuotare la vescica senza alcun spandimento di liquido.

2° *Catetere sollevatore a branche divaricabili.*

Nei casi più sopra accennati ai quali questo nuovo strumento (costruito dal Marelli di Milano) è destinato, si usa ricorrere attualmente ad un comune catetere metallico a grande curva, che, introdotto in vescica attraverso l'uretra, e spinto contro la parete anteriore la solleva in alto in modo da costituire con la sua punta palpata dal dito attraverso l'ipograstrio un ottimo punto di repere e, insieme, di appoggio al lavoro di scollamento dei tessuti prevescicali e della piega peritoneale.

Fig. 2. — Catetere a branche divaricabili per cistotomia ipogastrica. (Mod. dell'A.)

A rendere più completo il compito di questo catetere, ho pensato di dividerne l'estremità vescicale, in due branche divaricabili lateralmente, a mezzo di un tirante azionabile dall'esterno (fig. 2). È infatti evidente che una volta messo in posto il catetere in vescica, svuotata questa accuratamente e sollevatane la parete anteriore, se noi divarichiamo le branche, veniamo a creare una condizione molto migliore non solo come appoggio più sicuro e più esteso pel lavoro di scollamento vescico-ipogastrico, ma a facilitare altresì in modo singolare, la incisione della parete nel punto disteso dalle due branche, e più ancora la applicazione delle anse marginali, dato che le branche stesse provvederanno a tenere sollevati e beanti i bordi dell'incisione e a fissare sotto di essi la sottostante mucosa.

3° *Sifone ipogastrico a doppia corrente.*

Il poter disporre di un buon drenaggio vescicale (parlo solo di quelli permittenti la lavatura a doppia corrente), tale cioè che non lasci spandere l'urina nella ferita ipogastrica infettandola, e rendendo necessario un frequente ricambio della medicazione, è cosa tutt'altro che indifferente, dopo la grande diffusione della prostatectomia e in particolar modo di quella in due tempi, e dopo che anche il materiale di medicazione ha purtroppo raggiunto un così alto costo.

Attualmente il sifone più in uso è quello di Guyon-Périer a tutti noto. Ma, come ben sanno i chirurghi che se ne devono servire frequentemente, la presenza in esso delle due scanalature laterali, risultanti dalla giustapposizione dei due tubi a canna da fucile (fig. 3), facilita talmente la filtrazione dell'urina, da riuscire

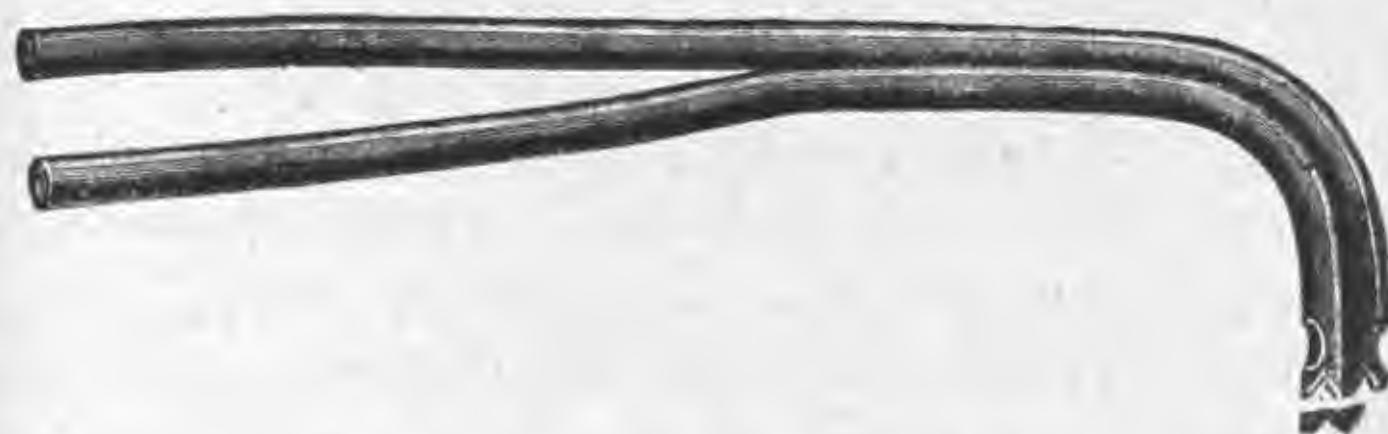



Fig. 3 — Sifone Guyon-Périer.

quasi impossibile evitarla, anche se, per meglio stringere attorno al sifone il cingolo vescicale, si ricorre all'artificio di un punto mediano fra tubo e tubo.

Meno sentito è questo difetto nei tubi Marion, risultanti, come è noto, di un tubo di di-

verso calibro (ve ne sono di tre misure) piegati a gomito e il cui tratto destinato a entrare in vescica, porta saldato esternamente un sottile tubetto per l'iniezione del liquido di lavatura (fig. 4), come pure nel tubo Freyer-Marion del tutto analogo ai primi, solo che al posto del lungo sifone piegato a gomito, ha un comune tubo di Freyer a cui si può applicare una pipa

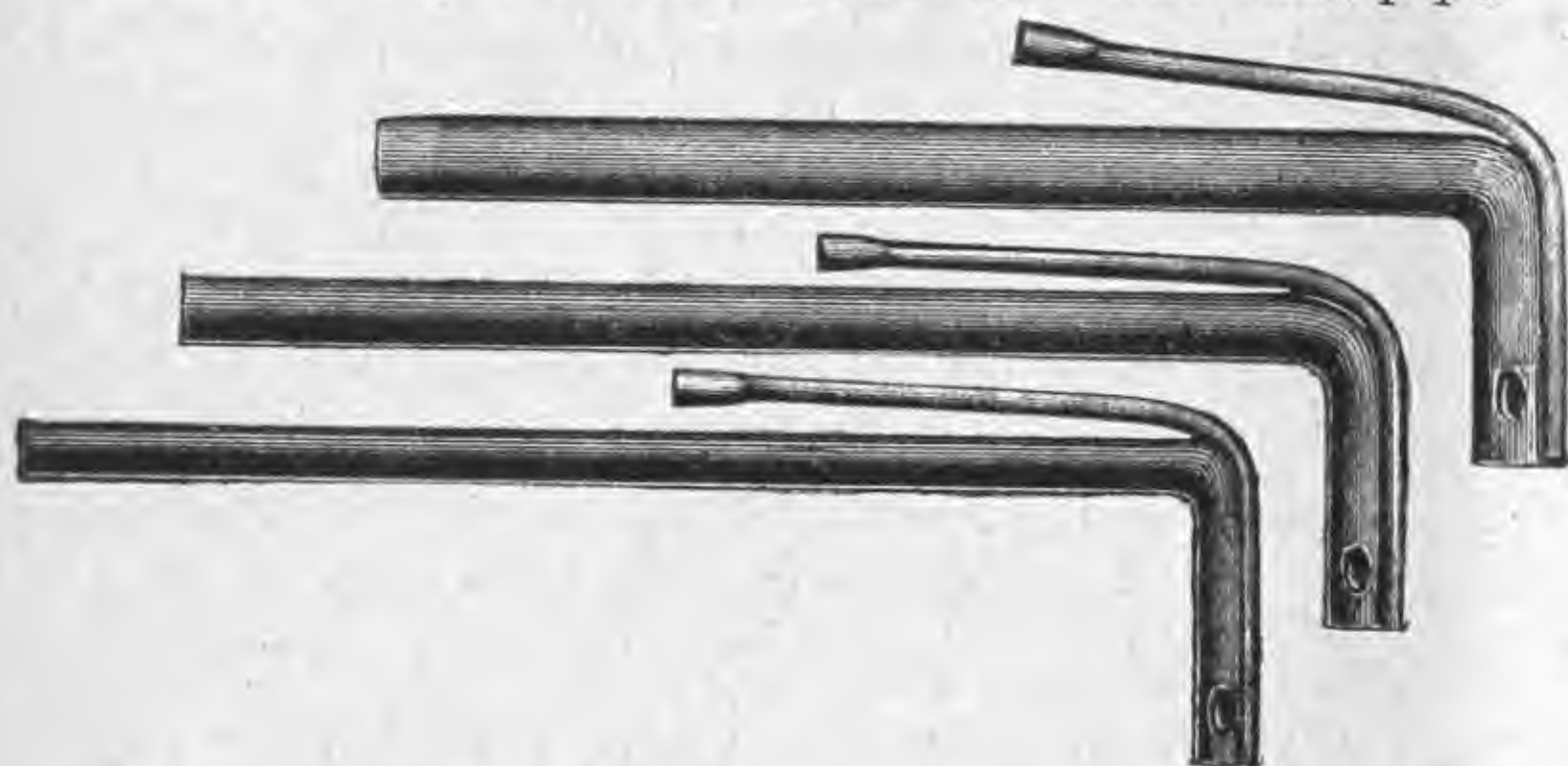



Fig. 4. — Tubi del Marion.

di vetro per l'attacco del tubo di scarico (fig. 5). Qui il difetto è meno sentito grazie alla sot-

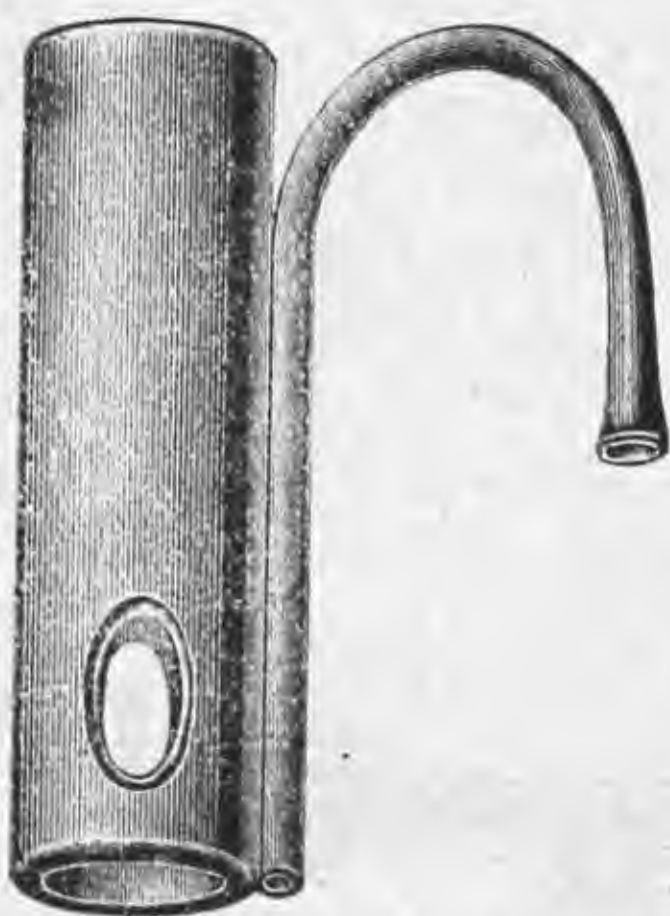



Fig. 5. — Tubo Freyer-Marion.

tigliezza del tubetto di lavatura, e quindi anche delle scanalature risultanti dal suo saldamento al sifone.

Tuttavia anche qui, per assicurare la fissazione del sifone a tenuta d'aria, bisogna stringergli intorno accuratamente il cingolo vescicale ed è quindi troppo facile o che si stringa troppo, col pericolo di strozzare l'esile tubetto di lavatura, o che si stringa troppo poco, rendendo inevitabile che o poco o molto, l'urina riesca a filtrare, ciò che precisamente avviene con grande frequenza.

Inoltre tanto il Guyon-Périer, come i tubi Marion e Freyer-Marion non si possono avere che dalle fabbriche straniere, il che oltre alla seccatura di attese assai noiose in casi urgenti, importa un prezzo sempre assai elevato.

In base a queste considerazioni, ho fatto costruire dalla fabbrica «Itala» di Somma Lombardo un nuovo tipo di sifone ipogastrico che, come l'esperienza mi ha dimostrato, sfugge ai lamentati inconvenienti, mentre coi suoi diversi calibri, può sopperire egregiamente tanto alle indicazioni del Guyon-Périer, quanto a quelle dei tubi Marion e Freyer-Marion. In sostanza non è che un perfezionamento di questi ultimi nel senso che il tubetto di lavatura, anzichè esternamente, è fissato internamente al sifone, da cui si esteriorizza soltanto a 3 cm. dall'orlo superiore, quanto basta cioè per l'innesto della pipa di vetro. Al sifone è così conservata una superficie esterna liscia e regolare che ne rende la fissazione a tenuta d'aria entro la vescica, facile e sicura (fig. 6).

Inoltre il tubetto di lavatura è fatto protrudere dall'orlo inferiore del sifone di 1 cm., allo

Fig. 6. — Sifoni ipogastrici a lavatura (Mod. dell'A.) A tappo di vetro nel tubo di lavatura.

scopo di meglio pescare nel fondo della vescica, cosicchè il liquido di lavatura possa meglio rimuoverne il contenuto anche se iniettato a lieve pressione, come è sempre prudente di fare in certi casi, specialmente dopo il 2° tempo della proctatectomia.

Il più grosso di questi sifoni, contrassegnato col n. 3, corrisponde al calibro del tubo di Freyer, più corrente, e può quindi sostituirlo in ogni caso col vantaggio della possibilità della lavatura, quando questa sia indicata. Il n. 1, che è il più sottile, è particolarmente destinato a supplire il doppio sifone Gruyon-Périer col vantaggio, oltre a quello già accennato, di un lume di scarico assai superiore a parità di calibro esterno, anche tenuto conto della presenza, in esso lume, del tubetto di lavatura. Finalmente il n. 2, di calibro intermedio, serve a sostituire il n. 3 dopo la prostatectomia, al-

lorchè la breccia vescicale tende a restringersi, salvo venire in seguito sostituito esso stesso dal n. 1, allorchè si segua il metodo di tenere la vescica costantemente drenata. Esso è poi particolarmente adatto a drenare la vescica dopo il 1° tempo della prostactomia, dato che il suo calibro non è nè così grosso da mantenere una breccia troppo ampia, nè così sottile da dovere poi ingrandirla, al momento di procedere al 2° tempo.

SUNTI E RASSEGNE.

La glicorachia nelle malattie interne ed in quelle del sistema nervoso.

Già da Claude Bernard, Rossi, Zdareck, ecc., era stato dimostrato che le sostanze riducenti contenute nel liquido cefalo-rachidiano erano rappresentate dal destrosio. Ricerche successive si limitarono allo studio qualitativo e soltando con l'applicazione di metodi microchimici si potè studiare quantitativamente il vario comportamento dello zucchero del liquido cefalo-rachidiano nell'individuo sano e nelle diverse malattie. Adottando il metodo di Bang, negli individui normali la glicorachia varia da 0,05 % (Neisser) a 0,06 % (Holzmann), 0,07 % (Briand).

Kahler riferisce nella *Viener klin. Wochenschrift* del 1922, n. 1, le ricerche che egli ha compiuto su 227 liquidi cefalo-rachidiani.

In 19 soggetti sani la glicorachia determinata col metodo di Bang ha variato da 0,06 a 0,08%.

In 117 casi di malattie del sistema nervoso centrale (26 forme spinali e 91 cerebrali) ha notato che nelle malattie del midollo spinale le variazioni della quantità di zucchero del liquido cefalo-rachidiano sono comprese entro limiti normali, anche per le lesioni sifilitiche nelle quali alcuni Autori avrebbero notato un aumento, altri una diminuzione della glicorachia. Nelle affezioni cerebrali l'A. ha riscontrato diminuzione dello zucchero nelle meningiti tubercolari, tale che in 5 casi la ricerca era completamente negativa e negli altri il valore massimo trovato era al limite inferiore dei valori normali (0,06%). Aumento costante riscontrò nella epilessia genuina, sino al 0,31%, mentre normale era la glicemia. Su 15 casi di encefalite letargica, trovò aumento della glicorachia in 12 casi, valori normali negli altri 3 casi che si riferivano a forme lievi di encefalite.

Nell'apoplessia e nell'encefalomalacia di origine trombotica od embolica frequentemente riscontrò aumento della glicorachia; determinazioni eseguite contemporaneamente nel sangue dimostrarono pure aumento nella maggioranza di casi della glicemia. Il tasso dello zucchero nel liquor era di 0,02-0,03 % inferiore a quello nel sangue.

Fra le altre malattie, le più interessanti sono quelle accompagnate da aumento della pressione arteriosa. Però mentre in alcuni stati di ipertensione vi ha aumento della glicemia, in altri tale aumento manca. La determinazione della glicorachia ha fatto constatare all'A. che essa si trova aumentata tanto nelle malattie con ipertensione e iperglicemia, quanto in alcuni stati d'ipertensione senza iperglicemia. Nel primo caso si tratta per lo più di nefriti nello stadio di uremia acuta o di uremia cronica, nel secondo si tratta della ipertonia bulbare essenziale. In più della metà dei casi di ipertonia bulbare essenziale l'A. riscontrò aumento della glicorachia, senza aumento della glicemia, ed in tali casi si notò pure diminuzione della pressione arteriosa dopo la puntura lombare.

Nel diabete l'aumento della glicorachia è proporzionale all'aumento della glicemia. In un caso di tetania ed in uno di atrofia giallo-acuta del fegato fu notato aumento dello zucchero nel liquor e glicemia normale.

Concludendo l'A. rileva come se precedentemente era stato assegnato un certo valore alla diminuzione dello zucchero nel liquido cefalo-rachidiano, si deve dare pure valore all'aumento di esso; aumento che nel maggior numero dei casi è legato e contemporaneo ad un aumento della glicemia come nel diabete, nell'uremia, nell'apoplessia, ecc., mentre in un certo numero di casi non si accompagna a modificazioni particolari della glicemia come nella epilessia genuina, nel tetano, nel coma colemico, nella corea, nell'encefalite epidemica, nella forma bulbare della ipertonia essenziale.

In tali casi l'aumento dello zucchero può essere messo in rapporto con lo stato irritativo del sistema nervoso centrale, ed infatti negli stati irritativi dovuti a iniezione di Salvarsan è stato da Biach, Kerl, Kahler riscontrato un aumento della glicorachia. Circa il meccanismo con il quale si produce l'aumento della glicorachia l'A. pensa che si debba prendere in considerazione tanto l'ipotesi di una abnorme permeabilità dei plessi coroidei, quanto quel-

la di una più elevata secrezione da parte delle cellule dei plessi coroidei, per il che deporrebbero in favore le osservazioni di Yoshimura sulla presenza di goccie di glicogeno nelle cellule dei plessi coroidei TRENTI.

La viscosità del liquido cefalo-rachidiano.

(T. STODA. *The Journal of nervous and mental disease*, settembre 1921).

Il liquido cefalo-rachidiano è stato studiato sotto diversi punti di vista (fisici e chimici) da un grande numero di ricercatori. Specialmente in riguardo alla viscosità ed alla composizione chimica poco ci è noto. Nelle presenti ricerche l'A. ha determinato quantitativamente alcuni costituenti ed ha cercato di dimostrare l'importanza di qualche costituente sulla viscosità del liquido cefalo-rachidiano.

Le sostanze misurate sono: proteine, azoto totale, cloruri, fosfati inorganici, alcalinità e cellule.

Secondo i dati ottenuti la quantità di proteine fu generalmente aumentata in casi di paralisi progressiva (da 59 a 362 milligr. per 100 c. c.). Nelle psicosi in cui fu esaminato il liquido cefalo-rachidiano, il contenuto proteinico fu sempre più basso di quello proprio alla p. p.; la più bassa percentuale fu riscontrata nel tipo paranoideo della demenza precoce. L'azoto totale fu trovato variabile tra 15.2 e 59.5 milligr. per 100 c. c.

I cloruri in ragione di 427, 479 milligr. per 100 c. c.; essi non hanno rapporti quantitativi con le varie psicosi.

I fosfati inorganici si trovarono in misura del 2.4 al 3.55 milligr. nella paralisi progressiva, del 5.2 milligr. per 100 c. c. nella demenza precoce paranoidea, del 2.25 nella mania depressiva.

La viscosità del liquido cefalo-rachidiano in genere è aumentata nei casi di paralisi progressiva.

Da grafiche che l'A. riporta, risulta che l'aumento della viscosità del liquido cefalo-rachidiano è in rapporto con la quantità di proteine presenti. Così pure l'alcalinità è, fino ad un certo grado in rapporto con la viscosità; il numero delle cellule presenti nel liquido e la quantità dei cloruri modificano anche proporzionatamente la viscosità.

L'A. è d'opinione che il valore diagnostico della viscosità del liquido cefalo-rachidiano ha una scarsa importanza.

RADOGNA.

PSICHIATRIA.

La psicosi dei tubercolotici sanatoriali.

(TOURSAINT. *Le Scalpel*, n. 52).

Nella grande maggioranza di casi non si hanno turbe psichiche nei tubercolotici finchè non sono profondamente intossicati; quasi le alterazioni somatiche preparassero loro il terreno assieme alle tendenze costituzionali latenti.

I disturbi generali che sembrano meglio preparare le nevrosi in parola, sono: l'astenia che si accompagna di regola alla tubercolosi, costituendo il primo allarme, e che è neuromuscolare, per cui l'ammalato è condannato al riposo, è cardiovascolare, per il soggetto è ipoteso e tachicardico per le più lievi emozioni, sforzi, digestioni, è viscerale per cui si ha onoressia, dispepsia, flattulenze, costipazioni, e infine di origine psitica, per cui esiste tutta una sindrome tonica neurasteniforme con affievolimento intellettuale profondo. Anzi alcuni ammalati arrivando al sanatorio molto affatigati dal viaggio, presentano per alcuni giorni ipomanie di fissazione.

Il dimagramento non è sovente che il corollario della sindrome dispeptica.

Più importanti sono le anemie e le sindromi clorotiche, con disturbi mestruali, nervosi, psitici; con vertigini, ronzii, cefalee, abulie, melanconie.

Sovente si rimane molto imbarazzati quando si vuol conoscere l'origine d'una psicosi, trovandosi innanzi ad un terreno gravemente intossicato: si che ci è lecito domandarsi: è la degenerazione psicosomatica che grazie al *deficit* della resistenza organica determina il fallimento dell'immunità antitubercolare e quindi il risveglio delle psicosi costituzionali latenti; o è la tossina tubercolare sola responsabile delle alterazioni psitiche?

La febbre, che bisogna ricordarlo non è indispensabile alla evoluzione bacillare restando pur un segno primordiale, per quanto passeggero esso sia, non passa senza lasciare la sua impronta, determinando uno stato di eccitazione psitica transitorio, con esaltazione immaginativa.

Infine un largo posto deve farsi alle nevriti: nevralgie dello sciatico, intercostali ribelli, dolori spontanei o provocati delle masse muscolari toraciche, atrofie dei muscoli sovrastanti le parti ammalate.

Riassumendo, le tossine tubercolari, determinano delle alterazioni somatiche capaci di influenzare sul sistema psitico. Quale la cura in tal caso?

Il medico capo d'uno stabilimento deve, come prima condizione, possedere la perfetta conoscenza dei suoi ammalati e divenire il confidente delle loro pene e sorreggerli così moralmente che fisicamente. Stando come in una famiglia, convenientemente nutriti e lungi dalle abituali occupazioni, ligi ad un regime di vita dettato da criteri scentifici, cui hanno fiducia, si nota per prima la scomparsa delle ipomanie di fissazioni e poi la astenia e l'emotività che ad essa è infimamente legata.

E l'A. conclude col dire, che per quanto ancora non tutti sono convinti dell'utilità della cura sanatoriale, egli vede in questa il migliore mezzo per vincere tale morbo, specie quando si accompagna a psicopatie.

FAUSTO AMANTEA.

TERAPIA.

Sui principî generali di cura della tubercolosi ossea e articolare del fanciullo.

L'argomento fu discusso alla *British Medical Association* (*British med. Journ.*, 26, novembre 1921).

H. Gauvanin fa rilevare anzitutto che, quando esiste una tubercolosi ossea o articolare, è sempre possibile mettere in evidenza altre lesioni (in vita o *post mortem*) o dei sintomi costituzionali: ricorda i nuovi metodi di Wildbolz e Imhof per dimostrare gli antigeni nell'urina e nel sangue, e quelli di Sobathe e Bugnet per iscoprire i bacilli tubercolari nel sangue, che questi autori avrebbero trovato costantemente in ogni caso di tubercolosi.

Pertanto la cura dev'essere anzitutto generale; la cura locale, essenzialmente ortopedica e conservativa. Nè vanno trascurate le malattie e le deficienze funzionali di altri apparati ed organi, che contribuiscono indirettamente a minorare la resistenza organica (es. malattie dei denti, tonsilliti, malattie oculari, ecc.).

Sebbene non disconosca l'opportunità del ricovero in istituti speciali per la piena efficienza di alcuni metodi di cura, crede che la cura domiciliare può generalmente riuscire efficace.

Riguardo alla cura generale è da tener presente il vantaggio che spesso si ottiene già dal solo cambiamento di ambiente e delle condizioni di vita: bisogno quindi evitare, nei sanatori, la monotonia della vita, variare anche il menu, ecc. Per gli ospizi marini occorre vi sia l'indicazione: alcuni pazienti si giovano dell'alternare la cura marina con periodi trascorsi lontano dal mare. Un ospizio marino per tubercolosi chirurgica richiederebbe clima mite, con pioggie scarse, aria limpida e pura, suolo secco e sabbioso. Dovrebbe essere a livello del mare, presso la spiaggia, che è da preferirsi con lieve declivio e con ampie escursioni della marea: deve disporre di un ampio tratto di spiaggia al riparo da importuni visitatori. Speciale vantaggio ritraggono i pazienti che ebbero una sosta nel già iniziato miglioramento, e i pazienti con fistole, pei quali conviene combinare le varie forme di terapia fisica.

Il trattamento locale comprende la cura della lesione, la cura delle complicanze (seni fistolosi, ascessi) e la prevenzione o correzione delle deformità. L'A. distingue tre stadi:

Nello stadio acuto iniziale è necessario il riposo assoluto a letto, con immobilizzazione della parte lesa, e l'impiego di mezzi idonei a correggere o prevenire le deformità ed abolire la contrattura muscolare; nello stadio cronico o subacuto è ancora necessaria l'immobilizzazione della parte, per evitare deformazioni, ma il riposo in letto non è strettamente necessario; nello stadio di convalescenza non occorre una completa immobilizzazione, ma la parte va protetta durante il cammino mediante stecche, da rimuoversi durante il riposo. La puntura degli ascessi freddi va fatta con precauzione, perchè non s'infettino: possibilmente attraverso tessuti che si difendono bene, e in modo che l'orificio tenda a chiudersi a valvola dopo estratta la cannula.

I seni fistolosi infetti vanno curati col drenaggio e con l'autovaccino che risponde bene nelle infezioni recenti. Un sequestro osseo va rimosso, con la massima cura di non estendere l'infezione. Si eviteranno i ristagni con adatta posizione, ed eventualmente, se la lesione non è grave, permettendo il cammino. Pei seni fistolosi cronici spesso giova l'iniezione di pasta di Beck.

Le cure coadiuvanti, elioterapia, raggi Roentgen, cure elettriche, balneoterapia, trattamento vaccinico chemioterapia, possono essere utili, sebbene non indispensabili, ma richiedono abilità ed esperienza.

L'elioterapia ha una azione battericida diretta sulle lesioni cutanee superficiali, ed una azione indiretta, di natura non ben definita, negli altri casi. Forse giova solo l'esposizione all'aria aperta, forse l'energia luminosa viene trasformata in energia chimica dal pigmento cutaneo che si viene formando: questa è una supposizione analogica coi vegetali a clorofilla, ma è clinicamente certo che risentono maggior vantaggio i pazienti nei quali

si produce una più intensa pigmentazione cutanea. I raggi ultravioletti naturali sembrano più utili e meno pericolosi dei raggi artificiali di minor lunghezza d'onda. Nè va trascurato l'effetto psicologico della cura: la contemporanea balneoterapia accresce i vantaggi, che si manifestano con aumento del peso del corpo, del numero delle emazie, del metabolismo, con rapida cicatrizzazione delle lesioni, esplusione spontanea di sequestri, più rapido riacquisto della mobilità articolare.

L'A. conclude sconsigliando interventi chirurgici radicali. In più di duemila casi, trattati ad Altona col metodo suesposto per lungo tempo, si ebbe una mortalità inferiore al 2.5 %.

I. Fraser, chiama l'attenzione sulle lesioni tubercolari della diafisi delle ossa lunghe, che egli ritiene sempre associate a sifilide, che preesiste e ne è la causa predisponente locale. Ritiene che per alcune lesioni e in date circostanze sfavorevoli di ambiente si ottenga miglior risultato prossimo e remoto dall'intervento chirurgico radicale; invoca provvedimenti legislativi per accrescere il numero degli istituti di cura. Ricorda che in Germania si tenta ora la cura congestiva associata all'elioterapia, e in Edimburgo il trattamento con la tubercolina atossica.

C. Wilkinson ritiene che è sempre un rischio l'asportazione chirurgica di tessuti tubercolari. Il problema sociale della tubercolosi è legato alla precoce diagnosi, compito meglio assolto dal medico pratico che da specialisti burocratici. La tubercolosi ossea è data sempre dal bacillo umano, e rappresenta la terza linea di difesa contro l'invasione del bacillo tubercolare. La prima linea di difesa è la famiglia; diagnosticato un bacillifero conviene persuaderlo ad una volontaria segregazione, nel seno stesso della famiglia, ricercare gli altri membri che reagiscono alla tubercolina, e, salvo controindicazioni, trattarli, *lege artis*, con la tubercolina. La seconda linea di difesa sono le ghiandole bronchiali: anche in questo stadio l'A. ritiene che la tubercolina sia ottimo mezzo di diagnosi e di cura: l'agglutinazione, l'indice opsonico, le prove del sangue, sono infide. Anche nella tubercolosi ossea la tubercolina sarebbe assai giovevole, nei casi adatti.

A. H. Tubby si associa alle conclusioni di Gauvain; ricorda come in trent'anni siano totalmente cambiate le idee riguardo alla cura della tubercolosi ossea; fa notare che il trattamento conservativo in città non dà buoni risultati come in campagna, e può quindi, per alcune forme complicate, entrare in discussione l'intervento demolitore.

F. C. Pybus come Fraser, crede si debba intervenire quando il trattamento locale ha fallito, o per le condizioni sociali, non si può applicare. Ritiene che il 50 % della tubercolosi ossea è data dal bacillo bovino: di tale opinione è pure G. Herzfeld. Ritiene insufficiente la stecca di Thomas, che non impedisce la flessione e l'adduzione.

T. Hartley Martin ha osservato con la cura conservativa oltre il 90 % di guarigioni persistenti dopo due anni. Solo nel 12 % dei malati vi era tubercolosi familiare.

M. Aitken e L. Stephens osservano che si possono ottenere buoni risultati anche dalla cora conservativa a domicilio.

C. Wilkinson fa notare che la freqoenza relativa del tipo bacillare umano e bovino varia nelle diverse contrade. Dice che la tubercolina è generalmente ben tollerata: induce aumento di peso e allevia i dolori.

H. Gauvain osserva che dalle statistiche tedesche risulta la tubercolosi osterarticolare esser prodotta nel 70 % dei casi dal bacillo umano.

DORIA.

Il 3° fascicolo del 1922 (1° marzo) della **SEZIONE MEDICA** del « Policlinico », che trovasi in corso di stampa e che appena pronto spediremo ai Signori Abbonati, contiene i seguenti lavori:

I. - A. FURNO: **Sulla sifilide della milza.**

II. - M. DIVELLA: **Un caso di sifilide ereditaria con processi di condrocalcolosi e distacchi epifisari.**

III. - L. PHILIPPSON: **Ricerche sperimentali attorno alla Sachs-Georgi e alla Meinicke.**

IV. - B. MASCI: **Contributo allo studio dell'echinococcosi multipla dei polmoni.**

E' un grosso fascicolo di 60 pagine che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA** e **CHIRURGICA** potranno ottenere subito inviando cartolina-vaglia di L. **5** al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina 14, **Roma.**

In uno dei fascicoli della stessa **SEZIONE MEDICA** pubblicheremo quanto prima un' estesa memoria di F. SABATUCCI della R. Clinica Neuropatologica di Roma:

Sindromi neuropsichiche nei fiutatori di cocaina.

ed altra di C. FRUGONI, direttore inc. del Regio Istituto di Patologia Medica in Firenze:

Studi sull'asma bronhciale, con particolare riguardo all'asma anafilatico.

IGIENE SOCIALE.

Utilizzazione ed adattamento delle case popolari per la lotta antitubercolare.

Bonifica dell'unità famigliare.

Con questo lavoro il prof. E. Levi (*Italia San.* 1921, n. 24-25) inizia in nome dell'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale una vasta opera di propaganda in favore di un nuovo indirizzo di lotta antitubercolare.

La lotta contro la tubercolosi è difficile e presenta grandi deficienze, mentre solo può riescire efficace se si adottano tutti i mezzi necessarii allo scopo, cosa impossibile a raggiungersi ora. È dunque necessario tentare altre vie per fronteggiare il gravissimo pericolo.

Molti Enti si occupano attualmente della costruzione di case popolari; essi però non pensano alla possibilità di ammettere individui che non siano perfettamente sani. Sull'esempio che ci viene dalla *Home Hospital* di New York e da istituzioni analoghe di altri paesi, sarebbe consigliabile di tener conto, nelle future costruzioni o negli adattamenti di case popolari, della possibilità di accoglervi intere unità famigliari contaminate dalla tubercolosi, ottenendo così una bonifica sociale ed economica dei singoli componenti.

Il sistema presenta indubbiamente vantaggi e pericoli; comunque l'A. esamina infine i vantaggi ed i pericoli del nuovo indirizzo. Affinchè possa dare quei buoni risultati che sono prevedibili, è necessaria la preparazione di un ottimo personale direttivo ed assistenziale, atto cioè ad assicurare il perfetto funzionamento di questi organismi, la cui disciplina deve essere naturalmente ancora più stretta di quella vigente nei sanatori.

Affinchè questi problemi penetrino nella coscienza pubblica conviene esercitare una vastissima propaganda, ed a questo fine la Direzione dell'Istituto ha già predisposto che pratiche proposte, derivanti da questa sua iniziativa, siano comunicate immediatamente a tutti i Prefetti del Regno, per i Comitati Provinciali Antitubercolari, a tutti i Sindaci, perchè ne interessino gli Assessori dell'Edilizia ed i locali Enti per la costruzione e l'esercizio di case popolari, ed infine direttamente ai Presidenti di tutti gli Istituti che si propongono la costruzione o l'esercizio di case popolari. L'Istituto ha esercitato pure un'azione immediata e diretta a tale fine, approfittando del Congresso che si è radunato a Milano tra i Dirigenti questi Enti in Italia, interessando all'uopo gli Assessori competenti in quelle città.

Altrettanto farà la Direzione dell'Istituto nel Congresso che sta per tenersi in Roma.

Anche in questo caso, è necessaria una logica e tempestiva coordinazione dei vari Enti Assistenziali. Di fatto, affinchè questo nuovo avviamento possa essere adottato dagli Enti Autonomi per le Case Popolari, è necessario che essi trovino la desiderabile cooperazione tecnica dalle locali Associazioni Antitubercolari, dalle Associazioni di Infermiere professionali e visitatrici, dalle Congregazioni di Carità e dalle Istituzioni economiche a favore degli indigenti.

Un primo esperimento in questo senso potrebbe esser fatto in favore degli Invalidi di Guerra tubercolosi, per i quali, specialmente all'estero, in Inghilterra, in America e al Canadà, si è provveduto con la concessione di terre, di casette rustiche, isolate o riunite in veri e propri villaggi, dove gli invalidi hanno portato le loro famiglie, e dove si sono lentamente ricostituiti in salute e riadattati al lavoro sotto la necessaria sorveglianza medica ed infermiera.

Il recente Congresso della Tubercolosi a Londra ha dimostrato che gli specialisti della materia vanno convincendosi, attraverso a tali importanti esperimenti, che il nuovo indirizzo di lotta antitubercolare, intesa alla bonifica di intere unità famigliari, rappresenta una formula nuova e pratica, che dovrebbe probabilmente in avvenire, in parte o in tutto, sostituire la lotta contro il singolo individuo ammalato.

Questa pubblicazione sarà mandata dalla Direzione dell'Istituto a chi ne faccia richiesta.

Inviare contributi, documenti, informazioni alla Direzione dell'Istituto e per essa al professore Ettore Levi, Roma (8). Via Condotti, n. 33.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche - Milano.

Seduta ordinaria del 2 dicembre 1921.

Presidenza: prof. B. Rossi, presid.

Linite plastica ad evoluzione rapida e carcinosi diffusa.

D. Cesa-Bianchi. — Illustrazione anatomo-clinica di un caso di linite plastica decorso acutamente nel periodo di pochi mesi con diffusione del processo neoplastico, a carattere eminentemente cirrogeno dalla parete gastrica agli organi vicini, alle grandi sierose ed infine alla cute del tronco,

con imponente sviluppo delle manifestazioni cutanee.

Lo studio istologico del caso ha permesso di ricondurre allo epitelio di rivestimento della mucosa gastrica l'origine del processo morboso, dimostrando inoltre ancora una volta la natura essenzialmente neoplalstica dei processi cirrogeni cronici della parete gastrica.

Di alcuni postumi neuropsichici a distanza dell'encefalite epidemica.

V. MASSAROTTI. — L'O. riferisce su 22 casi di postumi di encefalite epidemica occorsigli di osservare, dei quali 6 risalenti al 1919, 13 al 1920 (specie primi mesi) e 3 al 1921. Mette in evidenza come su 22 casi, solo 3 appartengono a postumi vari (corea, inversione sonno, stato neurastenico), mentre tutti gli altri sono a tipo Parkinsoniano, tanto da doverne dedurre essere questi i postumi più frequenti e più duraturi. Mostra numerose fotografie dimostranti la caratteristica *facies figée*, la tipica posizione della testa e degli arti superiori, l'ipertonia generale, la scialorrea con perdita continua di saliva di detti malati. Riassume i sintomi comuni a detti casi sia neurologici (pupille torpidamente reagenti alla luce, tremori ora a tipo parkinsoniano, ora a tipo neurastenico, retropulsione, aumento riflessi tendinei, ecc.), che psichici (percezione tarda, ideazione lenta senza reale deficit mentale, ecc.), mettendo in evidenza la differenza da quelli del classico Parkinson e della catatonia. Riferisce il suo pensiero sulla prognosi, che per la lunga invariata durata della malattia deve oramai, con tutta probabilità, ritenersi infausta se non circa la vita, certo circa la guarigione.

Affezioni chirurgiche da ascaridi.

A. MAJOCCHI. — L'O. richiama l'attenzione dei chirurghi sulla indicazione operatoria in alcune affiezioni prodotte da ascaridi. Dopo aver accennato a casi di occlusione intestinale e di ascessi epatici prodotti da questi vermi, e nei quali egli intervenne operativamente, narra un caso singolare di incistamento di un *ascaris lumbricoides* nella parete lombare. Il verme diede luogo a una tumescenza, la quale venne aperta dall'O. con estrazione del parassita.

L'O. coglie l'occasione per illustrare tutte le teorie che spiegano la emigrazione degli ascaridi dall'intestino, illustrando sopratutto le complicazioni di natura chirurgica, alle quali la fuoruscita del verme può dar luogo.

Seduta straordinaria del 16 dicembre 1921.

Presidenza: prof. B. ROSSI, presid.

Esiste una dose-carcinoma in radioterapia?

F. PERUSSIA. — L'O., esposte le idee fondamentali che dominano nella moderna dottrina tedesca della radioterapia profonda, sottopone a critica sottile il concetto di Seitz e Wintz che esista una dose-carcinoma, capace di distruggere sicuramente tutte le cellule cancerigne ed oscillanti entro limiti molto modesti.

Sulla scorta di una ricca documentazione, l'O. dimostra come invece la sensibilità del cancro alle radiazioni sia molto diversa a seconda della sua varietà istologica della sua sede d'impianto, della stessa individualità del soggetto malato.

La radioterapia del carcinoma non può venire condotta con concetti unilaterali, ma richiede un acuto e difficile criterio clinico.

La dose-carcinoma del cancro, perchè abbia realmente un valore pratico, deve essere dose curativa del cancro, non già semplicemente dose distruttiva; per cui va tenuto massimo conto della necessità che gli elementi sani del tessuto irradiato possano esplicare tutta la loro attività riparatrice e non siano coinvolti nello stesso processo distruttivo che i raggi determinano nelle cellule cancerigene.

L'O., infine, condanna come pericolosa la tendenza attuale di mirare unicamente all'apparecchio più potente, alla ldose più forte, senza tener conto sufficiente dei pericoli, che sono inevitabilmente legati al poderoso mezzo curativo da noi impiegato.

Curieterapia e intervento chirurgico nel carcinoma uterino.

A. CUZZI. — L'O. prende pretesto dal confronto di tre casi da lui presentati per affermare ancora una volta che la migliore soluzione del problema della cura del cancro uterino, sta nella opportuna e competente associazione delle diverse forme terapeutiche. A malgrado delle notevolissime migliorie apportate dal radium in casi di epitelioma del collo uterino già precedentemente giudicato inoperabile, può esservi un momento nel decorslo del trattamento in cui un atto operativo tempestivamente eseguito giunga a proposito per rimuovere un vasto territorio nel quale la neoplasia ha già gettato le sue radici e che verrebbe in seguito a costituire un nuovo focolaio che spesso per la sua sede, riesce difficile ad aggredire utilmente colla Curieterapia. Correda la sua comunicazione con numerose proiezioni microfotografiche.

Sarcoma della portio uterina trattato con la Curieterapia.

A. CUZZI. — L'O. presenta una malata da lui trattata con due applicazioni di radium per una forma neoplastica che, presentatasi con tutta la sintomatologia di un epitelioma del collo uterino, si rivelò poi all'esame istologico come un sarcoma fusicellulare impiantatosi sopra un fibroma preesistente. Coll'appoggio di proiezioni macro- e microfotografiche dimostra la rapidissima completa guarigione della neoplasia che, anche istologicamente, appare vinta. Trae argomento dal caso in questione per ribadire la necessità di un sistematico esame istologico delle neoplasie del collo uterino, affinchè non si vada incontro all'errore di credere e far credere alla guarigione definitiva e rapida di un carcinoma soltanto perchè la sintomatologia clinica lo faceva supporre.

C. VALLARDI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Adenite suppurativa inguinale d'origine appendicolare.

Chifolian e Humbert (*Progrès méd.* e *Med. Review*, settembre 1921) riferiscono il caso di una donna di 66 anni, che venne colta da violenti dolori all'addome e regione inguinale destra, con vomiti biliari; defecazioni giornaliere. Dopo una quindicina di giorni si notò un rigonfiamento con rossore ed aumento di calore, all'inguine destro, dove la paziente aveva già notata una tumefazione del volume di una nocciuola. La paziente, che era stata operata 12 anni prima per ernia femorale sinistra, venne inviata all'ospedale con diagnosi di ernia strozzata.

All'esame gli AA. osservarono una tumefazione, estendentesi fin sopra il triangolo di Scarpa, mal definita, senza mutamenti con i colpi di tosse, tesa con i caratteri di una adenite con periadenite. Si palpava una massa irregolare, nella fossa iliaca destra, estendentesi verso l'addome e la linea mediana, mal definita verso l'arcata crurale; essa era leggermente mobile, ed i suoi movimenti venivano trasmessi alla tumefazione inguinale. Questi segni suggerivano l'idea di un epiplocele femorale, infiammato e connesso con la massa omentale nell'addome: la tumefazione inguinale però non aveva i caratteri di un'ernia strozzata, mentre l'insieme dei segni dava a sospettare una lesione intestinale tubercolare o cancerigna.

Dopo applicazione di impacchi, si manifestò la fluttuazione all'inguine, dove un'incisione diede luogo a fuoruscita di pus, ed a diminuzione, ma non scomparsa della tumefazione iliaca. Venne poi eseguita la laparotomia che mostrò aderenza di anse del tenue al peritoneo parietale, l'appendice coperta dal cieco e circondata da numerose aderenze da cui si aveva essudazione sieropurulenta. Un cordone fibroso passava dai residui delle ghiandole, sotto l'arcata crurale alle anse del tenue aderenti ed alla regione appendicolare. La trazione dell'intestino o dell'appendice veniva trasmessa alla massa ghiandolare crurale. Il cordone fibroso non era canalicolato e non rappresentava il residuo di un sacco erniario, ma corrispondeva al cordone linfatico estendentesi dalle ghiandole femorali alle iliache. Postumi operatori normali; guarigione. Un attacco di appendicite acuta aveva provocato aderenze fra il tenue, l'appendice ed i vasi linfatici della fossa iliaca; si era così stabilita una via per l'infezione retrograda delle ghiandole inguinali, già cronicamente infiammate. L'affezione iliaca e la crurale si erano probabilmente sviluppate indipendentemente; il pus dell'adenite non aveva i caratteri di pus appendicolare.

Questo caso dimostra che la coesistenza di adenite inguinale suppurata con tumefazione iliaca destra non deve far escludere la diagnosi di appendicite.

r. s.

Contributo alla clinica della pileflebite.

La pileflebite, oltre che alla peritiflite (la causa più frequente) può seguire a varie affezioni infiammatorie nel territorio delle radici della vena porta (milza, vie biliari, fegato, retto) e alla dissenteria. La diagnosi differenziale è facile di fronte alle affezioni genitali e alla pielite (esplorazione, esame dell'urina), difficile di fronte alla colangite, quasi impossibile in quei casi nei quali la pileflebite segue alla colangite. In secondo tempo possono dominare il quadro morboso le affezioni metastatiche (ascesso epatico, pleurite, peritonite). La terapia è impotente, perciò N. Grönning (*Med. Klinik*, numero 37, 1921) raccomanda l'intervento chirurgico, specialmente nei casi consecutivi a peritiflite potrebbe essere efficace la legatura della vena ileocolica. L'A. riferisce su 3 casi: il 1° presentava febbre alta intermittente con forti brividi, ittero lieve e variante, dolore alla palpazione del fegato, lieve tumore di milza, empiema destro, leucocitosi (24.000). L'emocoltura riuscì sempre negativa anche usando il metodo della coltura anaerobia. Nel 2° caso si trattava di un'affezione settica con forti brividi, lieve ittero, tumore di fegato e di milza con prevalenza dei sintomi di appendicite e peritonite purulenta; solo secondariamente si erano sviluppati i sintomi della pileflebite descritti nel 1° caso. Nel 3° caso si trattava di un'affezione il cui quadro era dominato da brividi intensi, dolori gastrici, e qualche vomito; poi insorsero ittero, sensibilità alla pressione del fegato, empiema destro, la regione cecale era sana. La diagnosi prima di infezione delle vie biliari non potè sostenersi per la rapida prostrazione e la persistente febbre intermittente con brividi quotidiani. All'autopsia si trovò una fistola cistifellea-duodenale, pileflebite, ascessi epatici multipli, suppurazione dei rami portali intraepatici; non fu possibile decidere se la malattia si sia originata dalla cistifellea oppure dal duodeno.

POLLITZER.

Cura degli ascessi multipli nei bambini

Sono una complicazione frequente delle piodermiti infantili, e vanno distinti dai foruncoli e dall'antrace, che, pur essendo dati dallo stesso germe (stafilococco aureo) si trovano negli adulti.

Profilassi. — 1° Tenere il poppante alle regole di una buona igiene e con una pulizia irreprensibile: regolare l'allattamento, evitare la diarrea e le irritazioni fra le natiche; uso di pannilini sterilizzati; 2° sorvegliare ogni erosione cutanea, ogni inizio di piodermite; toccare con tintura di jodio le vescicole e vescico-pustole all'inizio; 3° sostituire i bagni, impacchi umidi, con spolveramento (talco), che accelera la guarigione degli eritemi e delle piodermiti.

Trattamento. — 1° Lavare le parti malate con cotone imbevuto di ossicianuro (1/2000) od acqua ossigenata alcalina (acqua ossigenata a 12 vol. g. 300; soluzione di bicarbonato di sodio a 2%: g. 200); 2° aprire per semplice puntura (inutili le grandi incisioni) l'ascesso, poi spremere; 3° applicare su ogni ascesso un pezzo rotondo di diachylon; 4° spolverare accuratamente con talco sterilizzato tutta la superficie cutanea; 5° nel caso di alterazioni dello stato generale (atrepsia, bronchite, ecc.), J. Comby (*Presse méd.*, 1921, n. 75) consiglia gli autovaccini o gli stock-vaccini stafilococcici (250-500 milioni per cmc.) per via ipodermica ogni 2-3 giorni: basta talora una sola iniezione; oppure lo stagno o l'ossido di stagno o lo stagno colloidale (sia per bocca che per iniezione ipodermica od endomuscolare).

fil.

Il trattamento degli ascessi freddi.

I metodi conservativi nel trattamento degli accessi freddi mettono a dura prova la pazienza del medico e dell'ammalato; d'altra parte l'operazione radicale va perdendo sempre più terreno. La cura indiretta, mediante i sanatori e le stazioni idroterapiche, può applicarsi soltanto ad un numero ristretto di pazienti.

M. Jerusalem (*Med. Klinik*, 1921, n. 44) propone il suo metodo, basato sull'osservazione di 2000 casi. Il pus degli accessi freddi, chiusi è sempre sterile: quello egli accessi fistolizzati spontaneamente è sterile nel 60% dei casi, mentre nel 40% contiene strepto- o stafilococchi; nei casi operati in ambulatori chirurgici comuni, invece, il pus è sterile solo nel 10% e mostra infezioni miste nel 90%. È quindi l'apertura e specialmente l'incisione, che aprono la porta alle infezioni, che ritardano la guarigione; questa invece, quando si tratti l'accesso con le regole di asepsi, si ha abbastanza rapidamente. L'A. usa da tempo con successo la tecnica seguente: preventivo trattamento con parecchie sedute di raggi X, a dosi non troppo elevate; *operazione da eseguirsi con asepsi scrupolosa* in speciali istituti per la tubercolosi chirurgica e comunque non in ambienti dove si trattino malati con forme suppurative (accessi, flemmoni, ecc.). Larga incisione, svuotamento del contenuto, ripulitura della cavità ascessuale, mediante tamponi, asportazione di eventuali sequestri solo se liberi, *non mai resezioni nè uso di cucchiaio; sutura completa, nessun drenaggio,* fasciatura asettica. La guarigione si ha per prima intenzione. Dopo un paio di settimane, nuovo trattamento con raggi X eventualmente da ripetersi. Con questo sistema, gli ascessi freddi del collo, torace, estremità, guariscono in modo che gli ammalati in 2-4 settimane possono ritornare al lavoro; gli ascessi da carie spinale vanno trattati con ripetute punture e raggi X.

fil.

SEMIOTICA

L'occhio di bambola sintomo di paralisi postdifterica.

P. Widowitz (*Münchn. med. Wochenschr.*, n. 52, 1921) fa notare l'aspetto speciale dei bambini affetti da paralisi post-difterica: lieve protrusione dei bulbi, battito delle palpebre raro e monotono, movimenti del capo che accompagnano quelli degli occhi, aspetto impaurito.

POL.

Sul riflesso oculo-cardiaco nei bambini.

Alzina Melis (*Revista Española Medic. e Cirurg.*, sett. 1921) ha ricercato il riflesso oculo-cardiaco in 82 bambini sani, 44 maschi e 38 femmine dell'età fra i 3 ed i 10 anni: nella maggioranza dei casi l'ha trovato normale solo in pochi casi esagerato o abolito.

L'Alzina nota l'importanza del riflesso e coscienziosamente accenna nella pubblicazione ai lavori italiani al riguardo fra i quali cita quello del Gismondi della Clinica pediatrica di Genova e quello del Genoese della Clinica dei bambini di Roma e riconosce al Dagnini di Bologna il merito di avere segnalato per il primo questo riflesso.

G.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1202) *Reazioni cutanee per la diagnosi di echinococcosi.* — Al dott. G. M., abb. n. 3776:

L'intradermoreazione del Casoni per la diagnosi di echinococcosi consiste nell'iniezione, con comune siringa di Pravaz, di mezzo centimetro cubico di liquido cistico nello spessore del derma dell'avambraccio. Il liquido cistico deve essere asetticamente raccolto, filtrato tre o quattro volte per filtro spesso, con aggiunta di acido fenico al 0.25 %. Il liquido può essere conservato in ghiacciaia per lo spazio di 20-30 giorni. Come controllo si usa una soluzione di soluzione fisiologica al 0.80 %.

Se la reazione è positiva, in uno spazio di tempo che va dalle tre alle dodici ore, compare una chiazza eritematosa di forma rotondeggiante od ovalare, della grandezza da uno scudo alla palma di una mano. All'eritema si accompagna sempre una infiltrazione più o meno duratura, che rende il derma teso; la temperatura locale aumenta, non manca senso di prurito locale. L'eritema dura uno o due giorni, l'infiltrazione edematosa fino a due quattro giorni, quindi regredisce e scompare dal quarto all'ottavo giorno; non si hanno fenomeni generali.

A tale forma di reazione, messa in evidenza dal Casoni, bisogna aggiungere la *Reazione precoce* messa in evidenza da Pontano, e che consiste nella formazione di una grossa papula o di un pomfo urticato, di colorito roseo, circondato da un alone pallido e successivamente da un grosso alone arrossato, papula o pomfo che compaiono dopo pochi minuti dopo mezz'ora, durano poco tempo, fino a qualche ora, possono aumentare di diametro, dare una modica infiltrazione del derma, e scomparire o passare nella reazione tardiva (reazione di Casoni). Anche alla intradermoreazione precoce, quando essa sia molto netta e spiccata, bisogna attribuire un valore specifico; da ricordare che la dose necessaria di liquido per provocarla non supera i cc. 0.30.

La *sottocutaneo-reazione*, messa in luce anche dal Pontano, è reazione meno frequente delle prime due e si ottiene inoculando un cc. di liquido cistico nel sottocutaneo. La reazione positiva consiste nella formazione di una larga chiazza di colorito rosso vivo, quasi eresipelacea, che occupa una vasta zona intorno al punto di inoculazione. La zona arrossata si tumefà nelle reazioni intense, per infiltrazione del sottocutaneo che dura parecchi giorni. La sottocutaneo-reazione, quando sia nettamente positiva, ha valore diagnostico specifico. *t. p.*

(1203) Al dott. Marco Ponziolo, Finalfia:

Manuali di elioterapia: JANBERT. *La pratique héliothérapique*, Baillière, Parigi, 1915. P. ARMAND-DELILLE e PH. WAPLER. *L'école en plein air et l'école au soleil*, Maloine, Parigi, 1919. P. CARTON. *La cure de Soleil et d'exercices chez les enfants*, Maloine, Parigi, 1917. A. AIMES. *La pratique de l'héliothérapie*, Ibidem, 1920.

Manuali di Igiene industriale: LORIGA. *Igiene industriale*, V. Vallardi, Milano. *Hygiène industrielle*, nel trattato di igiene di Chantemesse e Mosny, S. B. Baillière, Parigi. COLLIS AND GREENWOOD. *Health of the industrial Worker.* Churchill ed., Londra, 1921. L. CAROZZI. *Il lavoro nell'igiene, nella patologia, nell'assistenza sociale*, Barbèra, Firenze, 1914.

fil.

(1204) All'abb. n. 11909:

Non esistono finora pubblicate raccolte di modelli di perizie medico-legali o referti giudiziari.

Nel prossimo mese, uscirà la prima e seconda puntata della 2ª edizione del Compendio di Medicina Legale del prof. Attilio Ascarelli, che tale raccolta contiene. L. P.

(1205) Al dott. G. Levi, Tunisi:

Sull'emoclasia digestiva ed insufficienza epatica veda *Policlinico*, S. P., 1921, pag. 1121 e 1380.

Circa l'azione del saccarosio nella tubercolosi potrà trovare tutti i lavori pubblicati sotto la direzione del Monaco, in *Archivio di Farmacologia e scienze affini*, dal 1918 in poi; anche in *Tubercolosi*, 1919, è stato pubblicato un lavoro sull'argomento. *fil.*

VARIA

Arte e fisio-patologia.

Il prof. Patrizi persegue da tempo una via finora mai tentata con vero rigore scientifico: lo studio antropologico dell'artista attraverso l'analisi delle sue opere.

L'esame scientifico portato nel campo dell'arte ha illuminato non pochi lati oscuri ed ha fatto abbandonare non pochi concetti erronei.

Così certi capricci, certe stranezze, certe tendenze in alcuni artisti si spiegano con difetti e squilibri funzionali degli organi sensoriali.

La tendenza di alcuni pittori a dipingere figure allungate e di altri a dipingere figure schiacciate sono verosimilmente dovute a due diverse forme di astigmatismo. La vivacità dei colori della seconda maniera del Signo-

relli dipende da un opacamento senile del cristallino. Il violettismo del Boccafermi è in rapporto con un difetto congenito della retina.

La sonorità dei quadri di Salvatore Rosa, dove tutto si muove e rumoreggia, la silenziosità dei quadri del Pinturicchio, dove tutto è immobile e muto, sono la espressione di due condizioni diverse dell'udito. Il primo era appassionato in musica, il secondo era sordo.

Le chiome morbide di Guido Reni e di Palma il Vecchio, i rasi, i damaschi, i velluti di Tiziano, di Raffaello, di Lotto, di Sebastiano del Piombo, che lasciano quasi sentire la diversa consistenza, le carni femminili rese dal Giorgione e dal Correggio addirittura palpabili e palpitanti, dimostrano quanto le sensazioni tattili partecipano alla elaborazione artistica. Nelle opere di pittori, il cui senso tattile non è così raffinato le chiome sono senza sesso e senza età, la consistenza dei panni indistinta, confusa, incerta, le carni inanimate e fredde.

Anche le sensazioni gustative ed olfattive possono dare il loro coefficiente alla creazione estetica. Un pittore con odorato debole bandirà dalle sue tele i fiori, mentre un altro olfattivo li introdurrà spesso come motivi ornamentali.

Così è probabile che la predilezione del Crivelli per le frutta, tanto da farne ghirlanda persino intorno all'agonia di Gesù, risponde ad una passione speciale della sua personalità organica.

Non meno importante nella estrinsecazione dell'opera d'arte è il senso muscolare. A seconda che il componente grafico prevarrà sul pittorico si avranno artisti cinetici o cromatici. Sono cromatici Tiziano ed il Correggio perchè in essi risaltano di più la luce ed il colore; sono cinetici Michelangelo e Raffaello, nella cui produzione eccellono la linea ed il disegno.

Maggiore interesse desta la rivelazione psichica degli artisti attraverso la loro produzione. Basta considerare le opere di Michelangelo Buonarroti e di Raffaello Sanzio per comprendere come la costituzione dell'uno fosse profondamente differente da quella dell'altro. Le sculture e le pitture di Michelangelo rappresentano prevalentemente figure maschili severe, corrucciate. Le stesse donne sono spesso uscite dallo scalpello e dal pennello del grande artista con aspetto virile. La stessa ebbrezza di Noè è avvolta in un'aria di grande severità e di quasi cupa austerità. Tali manifestazioni artistiche rivelano l'uomo a temperamento triste, insoddisfatto, scontento, irrequieto. Le delicate, soavi, sorridenti figure di Raffaello rivelano l'uomo squisitamente armonico, euforico, tranquillo.

Michelangelo da Caravaggio, che è stato l'artista più minutamente studiato dal Patrizi, rappresenta l'esempio più tipico del modo con il quale un pittore possa trasfondere nelle proprie opere tutti i suoi sentimenti, tutte le sue idee, tutte le sue tendenze, tutta la sua personalità.

La vita di questo pittore lombardo del Cinquecento è intessuta di episodi di piccola e grande delinquenza. Attaccabrighe, torbido, sanguinario, dedito ai bagordi, frequentatore di bettole, egli si trasfonde intero nella sua produzione artistica.

L'originalità della maniera che egli introdusse in pittura è un'eco fedele della sua costituzione. Quell'insistente profusione di ombre rotte da fasci che danno ai personaggi ed alle scene rilievi energici e talvolta drammatici, è il simbolo della sua vita.

Sintomatica è poi la frequenza dei quadri dove rosseggia e dilaga il sangue. Egli stesso si riprodusse nel Golia decapitato: è una testa mozza, orrenda, ancora spasimante, quasi urlante, tutta lorda di grumi sanguigni. Nella decollazione di S. Caterina la testa recisa della giovane principessa d'Egitto è livida e spettrale. La faccia terribile, anguicrinita di una sua Medusa sembra il mozzo capo di una donna rimbalzato allora sul palco del carnefice.

D'altra parte nella produzione del Caravaggio sono numerosi i quadri nei quali la vita zingaresca, l'interno fumoso delle osterie, il tavolo da giuoco e la rissa svolgono le loro scene triviali.

Un così affollato convegno di giuocatori, scrive il Patrizi, non si giustifica con le sole teorie realistiche del pittore. La consuetudine artistica con tipi siffatti è più compiutamente spiegata da una simpatia dell'animo. Domestico alle bettole, sorpreso in delitto d'omicidio durante una partita a giuoco, il Caravaggio ne ebbe l'abito e l'amore al pari dei suoi modelli e della maggior parte dei criminali: e gli eroi di picche e fiori gli sembrarono meritevoli del regno della bellezza non tanto in grazia dei suoi concetti riformatori in arte, quanto pel fascino di cui dovette rivestirli la propria passione.

dr.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sconfinamenti.

È una quistione che ritorna in discussione periodicamente. Evidentemente la soluzione è difficile, almeno per quel che riguarda gli intendimenti della inviolabilità dei confini del campicello professionale.

Quando la condotta era piena alcuni colleghi avversari degli sconfinamenti sostenevano il loro punto di vista con argomenti di dignità professionale. Il nostro decoro, il nostro prestigio, essi dicevano, sarebbe certamente diminuito se gli infermi delle nostre condotte, pur sobbarcandosi a non lievi spese, dovessero servirsi dell'opera di altri medici; la mancanza di fiducia non potrebbe essere più ostentatamente dimostrata, e noi non saremmo più stimati, se i nostri infermi potessero liberamente valersi dell'opera di altri medici condotti anzichè della nostra.

Oggi che la condotta residenziale è sancita per diritto e abbastanza diffusamente attuata di fatto, agli argomenti morali si aggiungono, anche quando non sono confessati, quelli di interesse economico.

Con gli sconfinamenti il medico condotto può essere offeso nel suo amor proprio e nel suo prestigio ed anche danneggiato economicamente. E oltre a ciò, sostengono gli antisconfinisti, si verrebbe a determinare una concorrenza, che turba i rapporti di amicizia e di collegialità fra i medici.

Argomenti invero poco persuasivi e che paiono più dettati dall'amore del quieto vivere che da una esatta coscienza di quelli che sono i veri interessi dei medici e dei loro doveri verso i malati.

Che gli sconfinamenti possano dar luogo ad inconvenienti non è dubbio. La intraprendenza, diciamo così, di alcuni colleghi, potrebbe essere solleticata, ed il sentimento di ingratitudine di alcuni malati potrebbe essere incrementato.

Ma sarebbe difficile dimostrare che tali inconvenienti siano estranei alla vita professionale del comune libero esercizio.

La concorrenza ha i suoi svantaggi, ma anche effetti benefici per chi la esercita e per chi la sfrutta.

Uno scambio di clienti sopra tutto nell'esercizio della condotta è certamente economicamente e moralmente proficuo per tutti.

La possibilità di sconfinamento può determinare una gara a tutto vantaggio della cultura e del bilancio domestico dei medici.

D'altra parte la pretesa degli antisconfinisti sembra eccessiva anche nei riguardi dei malati.

Mentre i malati dei centri dove esercitano più medici avrebbero facoltà di scelta, quelli dei Comuni dove non c'è che il medico condotto dovrebbero rinunciare al conforto, che è tanta parte della cura, di affidarsi ad un sanitario che non sia loro imposto, ma ad un altro nel quale, sia pure a torto, ripongono esclusivamente la loro fiducia.

Sarebbe davvero strano, e certo poco confacente al decoro se non allo spirito di umanità della classe medica, che gli abitanti dei piccoli Comuni potessero altrove scegliersi il calzolaio, il sarto, e non il medico.

Certo nella pratica degli sconfinamenti devono usarsi quelle norme di deontologia che la peculiarità del caso consiglia.

Una concorrenza fatta a base di tariffe o di ciarlataneria è più che mai da condannarsi.

Nè è a dire che gravi sanzioni dovrebbero colpire quel medico che sfruttasse la condizione del collega che per ragioni estranee alla sua capacità e onestà professionale fosse posto in istato di isolamento o comunque boicottato dai malati residenti nel proprio Comune.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Medico di Roma e Provincia.

Nella sala dell'Ordine dei Medici, la sera del 15 u. s., si è riunito il Comitato provvisorio d'azione eletto in una precedente assemblea degli aderenti al Sindacato medico di Roma e Provincia.

Il Comitato, preso atto delle designazioni già avvenute dei delegati di parecchie categorie di sanitari e presi gli ulteriori accordi per la costituzione definitiva del Consiglio dei delegati, si è trattenuto su alcune delle più importanti questioni che agitano attualmente la classe medica.

L'ultima seduta alla Camera Medica di Trieste.

Con un'ultima seduta la Camera dei medici di Trieste ha chiuso la sua non ingloriosa esistenza, trapassando gli atti all'istituendo Ordine dei medici, come fu stabilito con decreto del Commissariato Civile.

E poichè il dott. Brunner si era mostrato irremovibile nel volersi ritirare dalla presidenza, il vice-presidente dott. Pastrovich gli espresse il dispiacere della famiglia medica triestina: e passati in rassegna i meriti acquistati dal dott. Brunner in 25 anni di attività svolta nella Camera, gli

offerse una targa d'argento, quale omaggio e ricordo dei suoi collaboratori.

Il dott. Brunner gradì commosso l'omaggio e, ringraziando, volle ricordare anche l'opera modesta, ma apprezzatissima, dell'attuario della Camera sig. Rinaldi, che nei tempi fortunosi della guerra seppe custodire l'archivio e che fu sempre zelante, accurato esecutore delle mansioni affidategli.

Negli Ordini dei Medici.

NUOVI CONSIGLI PER IL BIENNIO 1922-23.

Bari: Presidente, prof. Samele Ettore; segretario, Palummo Niccolò; tesoriere, Fornari Luigi; consiglieri: Di Santo Cesare, Lamacchia Michele, Pansini Pasquale, Porcelli Emanuele, Surico Vito.

Campobasso: Presidente, Altobello Giuseppe; segretario, De Santi Domenico; tesoriere, Ferrara Teodorico; consiglieri: De Francesco Gennaro, Lembo Andrea, Maccilli Giovanni, Pascale Donato.

Caserta: Presidente, Campoli Pio; segretario, Valletta Vincenzo; tesoriere, Pozzuoli Giovanni; consiglieri: De Cesare Ercole, Grossi Giuseppe, Santillo Clemente, Senese Luigi.

Catania: Presidente, prof. Guarnaccia Ernesto; segretario, Marcellino Salvatore; tesoriere, prof. Valenti Paladino Francesco; consiglieri: Aguglia Eugenio, Barletta Luigi, Crimi Nunzio, Magri Ferdinando.

Chieti: Cipollone Ferdinando, Antonucci Carlo, Florio Alfredo, Galeazzi Cassiodoro, Migliorati Mario, Martone Vincenzo, Croce Guido.

Como: Presidente, Pellegrini Carlo; segretario, Boglione Michelangelo; tesoriere, Zavaldi Riccardo; consiglieri: prof. Benvenuti Ezio, Contegni Marcello, Fiorani Luigi, Loreti Lodovico, professor Muzio Giovanbattista.

Cremona: Presidente, Ronconi Euclide; segretario, Guarneri Alfredo; tesoriere, Cavalli Geremia; consiglieri: Curti Orazio, Ferrari Carlo, Fiorini Massimiliano, Rebizzi prof. Renato.

Cuneo: Presidente, Lora Carlo; segretario, professor Delfino Eugenio; tesoriere, Bongiovanni Carlo Marcello; consiglieri: Casto Celso, Michelini Attilio, Piana Andrea, Robiola Luigi; segretario-cassiere delegato extra Consiglio, Lattes V.

Ferrara: Presidente, prof. Boschi Gaetano; segretario, Bennati Ferdinando; tesoriere, Novi Alfredo; consiglieri: Buscaroli Edmondo, Buzzoni Giovanni; Maccanti Antonio, Samaritani Franc.

Foggia: Presidente, Del Vicario Giuseppe; segretario, Nazzaro Giuseppe; consiglieri: De Mauro Alessandro, Jenigro Ubaldo, Mari Enrico, Palmieri Giustino, Telesforo Roberto.

Macerata: Presidente, prof. Eutimio Guasoni; vice-presidente, Agostino Girotti; segretario, Giovanni Casali; tesoriere, Umberto Giovalè; consiglieri: Italo Bucolini, Fulvio Casucci, Ettore Marsili.

Massa-Carrara: Presidente, Giuseppe Verciani; segretario, Michele Ambrogi; tesoriere, Giuseppe Micheluccini; consiglieri: Pietro Orsini, Nicola Chiartelli, Nicola Zonder, Galileo Galiardi.

Messina: Presidente, prof. Sebastiano Tornatola; segretario, Letterio Cassata; tesoriere, prof. Vincenzo Cordaro; consiglieri: prof. Luigi De Gaetani, prof. Paolo Lombardo, Carlo Cocito, Casimiro Coniglio.

Modena: Presidente, Perfetti Cincinnato; segretario, prof. Mario Segrè; tesoriere, Massimo Caletti; consiglieri: prof. Antonio Boccolari, Borghi Enrico, Merighi Mario, Vandini Dino.

Milano: Presidente, prof. Annibale Bertazzoli; vice-presidente, Mario Badini; segretario, Luigi Coopmans; tesoriere, Luigi Villa; consiglieri: Mario Banzi, Achille Casati, prof. Aldo Cernezzi.

Napoli: Sava Enrico, D'Alise Raffaele, Valerio Francesco, Tucci Giuseppe, Galbo Calogero, Mauro Mario, Grassi Arturo.

Padova: Presidente, Zambler Adelchi; segretario, Casuccio Giuseppe; tesoriere, Palmieri Luigi; consigliere anziano, prof. Borgherini Alessandro; consiglieri: Camurri Vincenzo, Cavagnis Giuseppe, Valtorta Francesco.

Reggio Emilia: Presidente, Giuseppe Dallamaro; vice-presidente, Bertoldi Giuseppe; segretario, Baiocchi Giuseppe; tesoriere, Aristide Ganassi; consiglieri: Barbieri Bernardo, Giacchi Francesco, Giaroli Pietro.

Siracusa: Presidente, Francesco Italia Leone; segretario, Francesco Agnello; tesoriere, Gaetano Margherita; consiglieri: Emilio Costa, Gaetano d'Agata, Giuseppe Maltese, Francesco Guarrella.

Sondrio: Presidente, Alfredo Martinelli; cons. san., Sertoli Giuseppe; segretario, Romedi Cesare; cassiere, Giacomo Ulderico; consiglieri: Muggia Giuseppe, Muttoni Giuseppe, prof. Schiantarelli Salvatore.

Terra di Lavoro: Presidente, Campoli Pio; segretario, Valletta Vincenzo; tesoriere, Pozzuoli Giovanni; consiglieri: De Cesare Ercole, Grossi Giuseppe, Senese Luigi, Santillo Clemente.

Udine: Presidente, Cavarzerani Antonio; segretario, Ferrario Reginaldo; tesoriere, Carnieli Adelchi; consiglieri: Chiesa Giuseppe, Grillo Umberto, Masotti Piero, Zatti Antonio.

Urbino: Presidente, prof. Alberti Angelo; segretario, Filippini Romolo; tesoriere, prof. Fratini Filippo; consiglieri: Capecchi Virgilio, Geronzi Giovanni, Giovanardi Giuseppe, professor Ricci Canzio.

Verona: Presidente, G. B. Percaccini; segretario, Carlo Scudellari; tesoriere, Giacomo Bergman; consiglieri: prof. Calderara Antonio, Silvio Farinati, Giulio Oppi, Enrico Cartolari.

Vicenza: Presidente, Giovanni Oriani; segretario, Badile Paolo; tesoriere, Basso Emo; consiglieri: Cimberle Ugo, Najolo Domenico, Ceccato Giovanni, Rasia dal Polo Egisto, Colbertaldo Jacopo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BIALETTI CLEMENTE. *Primo saggio di lezioni di igiene oculare.* Vigevano, Tip. Economica, 1921.

BUSINCO ARMANDO. *I gas così detti «asfissianti»* Roma, Stab. Poligrafico Amm. Guerra, 1921.

SIERRA ROMERO. *Estudio y clasificacion de un ascaris.* Caracas, Tip. Americana, 1921.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9283) *Imposta di R. M.* — Dott. S. G. da R. — L'ufficiale sanitario, ancorchè munito di semplice incarico provvisorio annuale, è tenuto a pagare l'imposta di ricchezza mobile, sulla indennità che riceve.

(9284) *Ufficiale sanitario.* — Dott. C. P. da A. — Avendo, come medico condotto e come obbligato per legge, disimpegnato di fatto la carica di ufficiale sanitario dall'epoca della partenza del collega fino alla nomina prefettizia, avvenuta nel novembre scorso, ha diritto a percepire il relativo stipendio. Il posteriore decreto prefettizio non ha fatto che ratificare una posizione, che già esisteva, anche in piena legalità, in quanto che la legge stabilisce che, ove mancano liberi esercenti, le funzioni di ufficiale sanitario competono al medico condotto.

(9286) *Elenco dei poveri - Effetti del capitolato.* — Dott. S. d'A. da I. — Dobbiamo confermare che sono insindacabili i criterî con i quali la Giunta Municipale forma l'elenco dei poveri, tanto più che all'adunanza assiste con voto consultivo lo stesso medico condotto. Al medico che si senta leso dall'eccessivo numero delle famiglie incluse nell'elenco, sono concessi due mezzi egualmente efficaci per ottenere la dovuta integrazione dei suoi interessi e, cioè, o chiedere alla G. P. A. un aumento di stipendio proporzionato al maggior lavoro che deve sostenere, in base all'articolo 26 della legge, o chiedere alla stessa G. P. A. l'aumento di ufficio delle condotte affinchè il servizio sia equamente ripartito fra i sanitarii stipendiati dal Comune, ai sensi dell'art. 23 del Regolamento generale.

Per la mancata o ritardata compilazione dello elenco dei poveri, il Comune è verso il medico obbligato per danni. La mancanza è in dipendenza di negligenza, e chi per negligenza arreca danno ad un altro, è obbligato a risarcirlo, a mente del Codice civile.

In tal senso si è già pronunziata qualche autorità giudiziaria, investita della quistione. Sarà, prima di ogni altro, necessario diffidare il Comune con atto di usciere e, non ottemperando al pagamento o all'inizio di conveniente concordato, citarlo per rispondere di tutti i danni, che per due anni Ella subì nell'esercizio professionale.

(9287) *Ufficiale sanitario.* — Dott. E. F. V. da C. — Ottenendo la quiescenza come medico condotto e rimanendo libero esercente può ben conservare il posto di ufficiale sanitario, seguitando a percepire le indennità caro-viveri, stabilite dal R. Decreto del 9 marzo 1919, n. 338.

(9288) *Indennità caro-viveri - Ricchezza mobile.* — Dott. C. A. G. da P. P. M. — Contro la deliberazione della G. P. A. con cui Le si negava la indennità caro-viveri, può presentare ricorso al Consiglio Superiore di Sanità, a termini dell'articolo 26 della legge. Il Comune può togliere il beneficio della esenzione dell'imposta di R. M. con deliberazione consiliare, di revoca, ma sempre per gli anni venturi, non pel passato, con cui la relativa somma è stata esatta in piena legalità e buona fede.

(9289) *Cassa di previdenza - Riscatto.* — Dott. C. V. da B. di R. — I 9 anni di servizio passati come libero esercente non si possono riscattare agli effetti della pensione.

(9290) *Documenti per concorso a pubblico impiego.* — Dott. M. C. da C. — La lettera d'informazione con cui si dichiara la graduatoria ottenuta in un concorso, può essere inclusa fra i documenti, senza bisogno di speciale legalizzazione.

(9291) *Abolizione della condotta piena.* — Dott. V. T. da S. M. — Le condotte piene sono da sopprimere, anche se larvatamente mantenute. Dal giorno che Ella ha accettato lo stipendio cumulativo ed ha riassunto l'obbligo di curare tutti, non può più riscuotere il pagamento a *visita* dei clienti e deve restituire, se anticipatamente corrisposto, l'abbonamento, in misura proporzionale al tempo in cui non si è usufruito del medico a pagamento. Nulla si deve restituire, nè l'abbonamento nè le visite percepite, per il tempo anteriore al nuovissimo accordo intervenuto col Municipio.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUAPENDENTE (*Roma*). — Scad. 10 marzo. Due condotte per frazioni; L. 7000 per 1500 pov., 3 quadr. decimo, due c.-v., L. 2000 cav.

AREZZO. — 7ª cond. di campagna; L. 8500 e doppio c.-v.; 4 quadrienni di L. 850; p. cavalc. L. 2000 e L. 1600 caro-foraggi, ecc. Scad. ore 18 del 23 marzo. Età limite 45. Serv. entro 2 mesi.

ARGENTA (*Ferrara*). — Cond. di Ospitale e Traghetto; a tutto 10 marzo; ab. 2400 di cui 895 pov.; L. 7000 oltre L. 2000 cavallo oppure L. 500 bicicl., L. 3 addizionale, 2 caro-viv.; tariffa intera dagli abbienti. Età limite 34.

CAVA DEI TIRRENI (*Salerno*). — Ab. 27,000, 2 cond., L. 3000 ciascuna oltre L. 1000 per le prime cento famiglie povere o frazioni di cento, L. 200 per ogni altre dieci o frazioni di dieci in più delle cento e L. 1500 cavalc., quattro quinq., doppio c.-v. Età 44 (per coloro che abbiano prestato servizio militare 45). Scadenza 30 marzo. Chiedere avviso di concorso.

CAVARZERE (*Venezia*). — Scad. 10 mar., III Rep.; L. 6000 per 500 fam. pov., L. 5 ogni fam. in più, aumenti; L. 800 indenn. malar., L. 400 ambul.; L. 1800 se cav., L. 800 se altro mezzo trasp.

CHIANCIANO (*Siena*). — Due condotte; stazione balneare; L. 6500 fino a 500 pov., L. 150 ogni 100 pov. in più o fraz.; 6 quadrienni decimo; L. 500 all'uff. san.; mezzo di trasp. provvisto dal Comune. Età limite 35. Servizio entro 20 g. Chiedere annunzio. Scad. 25 mar.

COLLAZIONE (*Perugia*). — Capoluogo; L. 7000 oltre L. 2000 disag. resid., L. 4200 cav. (da modificarsi, ecc.), doppio c.-v.; metà tariffa dai semi-abbienti. Tre quinq. decimo. Serv. entro 20 giorni. Scadenza 23 marzo.

COTTANELLO (*Perugia*). — Al 31 mar.; L. 6000, c.-v. (rivedibile), L. 1800 p. cavalc. Età limite 35.

CRESPINO (*Rovigo*). — Scad. 20 marzo. II rep.; L. 6000 fino a 1000 pov., L. 100 ogni gruppo di 50 persone in più; L. 2500 cav. o L. 1500 bicicl.; lire 1000 disag. resid.; L. 1500 alloggio, se con famiglia. In corso aumento 25 % sullo stip., a L. 4600 indenn. cavallo.

FORTE DEI MARMI (*Lucca*). — A tutto 10 marzo: L. 6000, c.-v., L. 1500 p. cav. Età limite 35. Accettazione entro 5 giorni.

FOSSOMBRONE (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 15 mar.; due cond.; L. 8000 fino a 500 pov., L. 5000 a *forfait* per pov. in più e semi-abbienti, c.-v., indennità cavalc. da stabilire sulla base fissa del capitolato (in L. 3000).

GENOVA. *Associazione Genovese contro la Tubercolosi*. — Direttore dei Servizi sanitarii e Medico capo servizio del Dispensario orientale. Docum. non più tardi delle ore 17 del giorno 31 marzo alla sede (via I. Frugoni, 27), con ricevuta di ritorno. L. 16,000 e L. 3,200 rispettivam. e sei trienni del decimo; al medico-capo L. 600 annue di c.-v.; 5 anni di laurea; età massima 50 anni. Chiedere annunzio.

MANTELLO (*Sondrio*). — Scad. 18 marzo; cons.; L. 5250 fino a 500 pov.; dopo un biennio L. 6000; trasf. L. 700; mezzo trasp. L. 2000; uff. san. lire 400; capitolato-tipo.

MONTALCINO (*Siena*). — È rimandato ad epoca indeterminata il concorso bandito con manifesto 15 dicembre 1921.

MONTEGALLO (*Ascoli Piceno*). — Scad. 15 mar. Cond. residenziale. Rivolgersi Segreteria.

MONTE SAN VITO (*Ancona*). — L. 11,000 e 10 bienni: c.-v.; L. 2400 per cavalc.

ORVIETO (*Perugia*). — Due condotte; proroga a tutto il 15 mar.

PADERNO DUGNANO (*Milano*). — Scad. 10 marzo; L. 8000, doppio c.v., L. 3000 trasp.

PIAN DI CASTELLO (*Pesaro-Urbino*). — A tutto il 15 marzo; L. 8000 per 500 pov.; con 5 quadrienni decimo; addizion. L. 3; L. 1000 resid. disag.; lire 2000 cond. povera; L. 3000 cav.; alloggio e terreno per orto; 2 caro-viv.; assic. Per uff. san. lire 200. Età limite 40. Chiedere annunzio.

PINCARA (*Rovigo*). — Scad. 15 mar.: ab. 2487 di cui 600 pov.; kmq. 17; stip. L. 6000.

RESIA (*Udine*). — A tutto 10 marzo; L. 7000; trasporto L. 2000; uff. san. L. 700; doppio c.-v.

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — Capol.; al 31 marzo; L. 9000 e 5 quadr. dec.; L. 2000 cav.; due c.-v. Serv. entro 15 giorni.

S. BELLINO (*Rovigo*). — Scad. 25 mar.; L. 6000 per 1000 pov., in corso approv. aumento 25 %; L. 100 ogni gruppo 50 pov. in più; L. 400 se uff. san.; L. 2500 mezzo trasp.; 5 quadrienni. Stato di fam. Età limite 45. Pianura. Ab. 1950 di cui 1000 in borgate; poveri approssimativam. 150.

SANTAFIORA (*Grosseto*). — Scadenza 10 marzo. 2ª cond. residenziale; L. 9000, due c.-v., L. 2000 cav., L. 2000 disag. resid. e L. 3 ogni povero in più di mille, quattro sessenni del decimo.

SATURNIA (*Grosseto*). — Ab. 1500; L. 9000 e 10 trienni del ventesimo; cavalc. L. 2500; due c.-v.; assic. Residenziale. Terme rinomate. Scad. 31 mar.

SELCI SABINO (*Perugia*). — A tutto 31 marzo; residenziale; L. 6000 e 3 quinq. decimo, c.-v., lire 1200 disag. resid., non obbl. cav. Accettaz. entro 8 g.; assunz. serv. entro 18 g. successivi.

TARANTO (*Lecce*). — A tutto 15 marzo; per la borgata di Talsano; L. 5000 oltre L. 1500 vettura e 4 quinq. decimo; due c.-v. Età limite 49.

TARANTO (*Lecce*). — Ispettore sanitario delle scuole pubbliche; L. 5000 e 4 quinq. decimo; due c.-v. Esame scritto e orale. A tutto 20 aprile. Età limite 49. Docum. alla segreteria comunale.

TOFFIA (*Perugia*). — Scad. 20 mar.; L. 9600 e doppio c.-v.

VALFABBRICA (*Perugia*). — Scad. 10 mar.; stip. L. 6000, disag. res. L. 2000; tre quinq. dec.; per uff. san. L. 500.

VITTORIA (*Siracusa*). — A tutto 10 apr., per Scoglitti; L. 5500 e 5 quadr. di L. 500, c.-v. Accettaz. entro 5 g., serv. entro 2 mesi.

Medico-chirurgo, laureato da 5 anni in neuropatologia e pediatria e diplomato in igiene, desidera occupare subito condotta buona, possibilmente Italia Centrale o Settentrionale, anche provvisoriamente. — Dott. Poli, via Cavour, n. 136 - Roma.

Uffici di collocamento.

Dalla Federazione Laziale-Umbra dei Medici condotti è istituito un Ufficio di collocamento per le condotte della provincia di Roma. Dirigere la corrispondenza al segretario dott. B. Alberti, presso il nostro giornale (via Sistina, 14 - Roma-VI).

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Torrano (Reggio Emilia), Rocca Grimalda (Alessandria), Figino-Serenza-Novedrate-Carinate (Como), Aquila (per il Manicomio).

Boicottaggio: Osio Sotto-Osio Sopra-Mariano al Brembo (Bergamo).

La Sezione di Reggio Calabria ha proclamato il boicottaggio della condotta di Rocca di Neto a favore del dott. Gallo, dimessosi in seguito a rappresaglie a cui fu fatto segno, e rimasto sul posto per assicurare il servizio sanitario.

Il gruppo provinciale Umbro dei M. C. avendo iniziato la lotta per le modifiche dei Capitolati; ha deliberato che tutti i concorsi della Provincia di Perugia sono sospesi fino a nuovo ordine; tutti i Colleghi perciò che avessero concorso sono pregati di ritirare i documenti.

Il concorso poi di Pietralunga è diffidato a favore del dott. Giansentelli Giuseppe; quello di Scheggino S. Anatolia è a favore del dott. Vannuccini Arturo. I concorsi di Papigno e del Consorzio Valfabbrica-Gubbio-Assisi sono diffidati per disposizioni contrarie alle leggi e lesive degl'interessi dei concorrenti.

Revoca di diffida: Bannio-Anzino-Calasca (Novara).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ALBO D'ORO:

Il dott. Lozzi Vincenzo, da S. Giovanni Lipioni (Chieti), primo capitano medico 154° Regg. fanteria, ora maggiore medico nella Riserva, è stato decorato con medaglia di bronzo per la campagna di guerra 1915-1918, con la seguente motivazione:

«Con serenità ed efficacia diresse il servizio sanitario reggimentale durante un'aspra azione e, quantunque un violento fuoco di artiglieria nemica fosse diretto sul posto di medicazione, provvide con fermezza allo sgombero dei feriti.

«Obbligato in tale circostanza a far lasciare fucili, buffetterie e munizioni dei feriti stessi, riusciva qualche giorno di poi a ricuperarli con ardita azione di pattuglia, eseguita oltre la linea delle vedette». — Monte Coston (Alto Astico), 21-31 agosto 1915.

ORDINE MAURIZIANO.

Commendatore: prof. Curcio Eugenio, brigadiere generale medico, direttore della Sanità Marittima del Dipartimento di Napoli.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Grandi Ufficiali: prof. Bajardi Daniele, ordinario di Patologia chirurgica a Siena; prof. Luzzatto Riccardo, ordinario di Farmacologia e Materia medica a Modena.

Commendatori: dott. Barletta Gennaro, presidente della Sezione Lucana dell'A. N. M. C.; dottor Perricone Pietro, ispettore del Civico Ospedale di Palermo; dott. Munari Giuseppe, direttore di una Casa di cura a Firenze; dott. Morano Giuseppe, da Monterosso Calabro (Catanzaro).

Ufficiali: dott. Bergonzi Licinio da Milano, direttore delle Terme di Prè St. Didier; prof. Costa Romolo, direttore della R. Scuola d'Ostetricia di Novara; dott. Gardi Ettore, medico condotto di Luzzi (Cosenza).

NOTIZIE DIVERSE.

Corso di perfezionamento in Igiene.

Il 4 aprile nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Parma avrà principio un corso complementare bimestrale d'Igiene pratica per gli aspiranti alla carica di Ufficiale sanitario. Diploma di laurea (in medicina e chirurgia, chimica, chimica farmaceutica, scienze naturali, veterinaria); tassa di L. 300.

Essendo limitato il numero dei posti disponibili, le iscrizioni avranno luogo secondo l'ordine di presentazione della domanda.

Agli ammessi si consiglia di portare il microscopio adatto per le ricerche batteriologiche.

Le Onoranze al Prof. Pestalozza.

Onoranze solenni furono tributate il 23 febbraio al prof. Ernesto Pestalozza, per festeggiare il 30° anno di insegnamento universitario.

Nella grande sala della Clinica medica, attorno all'illustre maestro della Ostetricia e della Ginecologia, si riunì una eletta schiera di clinici, fra cui molti allievi di ieri, maestri di oggi.

Furono letti numerosi telegrammi di adesione, fra i quali quello affettuoso di S. M. la Regina Elena, quelli del sen. Mangiagalli, del sen. Fradeletto, delle Università di Pavia, di Genova, di Siena, di Napoli e di moltissimi professori di Ostetricia, nonchè di liberi professionisti.

Il prof. Cova, dell'Università di Siena, consegnò al prof. Pestalozza una pergamena, nella quale sono elencate tutte le benemerenze dell'illustre scienziato. La pergamena porta la firma di centinaia di nomi a ricordare quanti concorsero alla istituzione di un premio.

Parole di plauso furono pronunciate dai professori Scaduto, Marchiafava, Bastianelli e Montuoro. E frasi riverenti ebbero per il maestro sommo il laureando Sereni e il dott. Fichera, a nome dei medici che attualmente frequentano il corso di perfezionamento nella clinica.

Il prof. Pestalozza, dopo aver ringraziato gli intervenuti e le autorità, non si limitò al solito discorso d'occasione, ma tracciò anche, in un quadro sintetico, i progressi compiuti nel campo ostetrico-ginecologico nell'ultimo trentennio. Concluse auspicando un rinnovato fervore di studi nella disciplina da lui illustrata. Terminò con un fervido augurio all'avvenire della scienza italiana.

Nel 40° anno d'insegnamento di Luigi Mangiagalli.

Nel 1922 si compie il 40° anno d'insegnamento ufficiale del sen. Mangiagalli, che nel 1881-82 saliva sulla Cattedra universitaria di Sassari. I suoi colleghi della Facoltà Medico-Chirurgica di Pavia-Milano si sono costituiti in Comitato non solo per festeggiare l'insigne Maestro, decano e fondatore degli Istituti Clinici in Milano e promotore di tante altre istituzioni scientifico-culturali e sociali, cittadine e nazionali, che in Lui hanno ritrovato l'Apostolo, ma anche per associare alla ricorrenza, che certo parla alla mente e al cuore di molti, l'inaugurazione di un'opera buona.

Ed il giorno 9 aprile 1922, alle ore 15, si daranno convegno, nell'Aula Magna degli Istituti Clinici, colleghi di ogni parte, rappresentanze scientifiche estere ed italiane, ammiratori, amici per celebrare una Fondazione, intitolata a Luigi Mangiagalli, colla quale saranno assegnati posti di perfezionamento presso gli Istituti Clinici di Milano, a giovani laureati nelle Università del Regno.

Si avverte che fra non molto saranno chiuse le sottoscrizioni e chi non avesse ancora sottoscritto a questa Fondazione che riceverà fra breve il suo pubblico e solenne battesimo, potrà indirizzare le sottoscrizioni al cassiere-economo del Comitato, prof. F. Mirto, via S. Barnaba, 12 - Milano.

Commemorazione di Virchow al Giappone.

Per celebrare il centenario della nascita di R. Virchow si riunirono nell' Istituto Patologico di Tokio più di 300 medici. Presiedeva Yamagiwa, parlarono Fujinami e Koganai.

Si è spento a Napoli il prof. NICOLA DE DOMINICIS, pareggiato in patologia. Spettano a lui i primi studi sull'estirpazione del pancreas, che aprirono larga via alle conoscenze sul diabete e di cui il mondo attribuisce il merito a Mering e Minkowsky. Purtroppo egli non perfezionò le sue ricerche.

Oltre una quantità di altri sperimenti e di studi clinici, lascia un trattato di patologia e terapia speciale medica e una guida allo studio della patologia generale.

Era un dimenticato, come pur troppo accade a molti dei nostri lavoratori che non trovano in patria nè mezzi di studio, nè riconoscimento dei meriti.

È morto a Leafeld il dott. SIMS WOODHEAD, professore di patologia nell'Università di Cambridge. Il suo nome resta legato al processo di depurazione dell'acqua mediante il cloro.

Era apostolo della lotta antitubercolare nel suo paese, dove iniziò le *colonie* per lavoratori tubercolotici, a Papworkt.

Per la sua devozione alla scienza umanitaria, per la sua squisita bontà, sentiamo doloroso il rimpianto della sua dipartita.

A. V.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

The Japan Medical World, 15 sett. — J. OTSUBO. Azione aggressinica dei filtrati batterici. — I. UCNO. Azione catalittica sul complemento.

Riv. di Clinica pediatrica, sett. 1921. — L. M. SPOLVERINI. Trattamento radioterapico delle ipertrofie del timo. — G. FRONTALI. Modificazioni angio-trofoneurotiche nella porpora di Henoch.

Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 9 ott. N. MASIERI. Influenza della roentgenterapia sulla composizione morfologica del sangue. — 13 ott. — P. COSTANTINI. Frequenza del flemmone parotideo negli interventi chirurgici addominali.

La Prensa Médica Argentina, 20 ott. — A. CASANBON. Bronchiectasie infantili.

Medical Record, 5 nov. — G. STUART WILLS. La radioterapia nel cancro. — S. STERN. Cura specifica della tubercolosi polmonare e della polmonite. — J. SELINGER. Il campionamento della tecnica ospedaliera.

The Journal of the American Medical Association, 5 nov. — R. G. HOPKINS. Endocrinologia scientifica e clinica. — C. W. MCCLURE e altri. Sull'esame del contenuto duodenale. — V. P. BLAIR. Rinoplastica.

Acta Medica Scandinava, 7 nov. — E. KYLIN. La pressione arteriosa nello stato pre-nefritico. — Supplem. G. O. HANEBORG. Gli effetti dell'alcool sulla digestione gastrica.

Gazete des Hôpitaux, 15 e 17 nov. — A. LEMIERRE e R. PIÉDELIÈVRE. Le ulcerazioni gastro-intestinali uremiche.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 2 dic. — ZINSSER. Ipoplasie dentarie e sifilide congenita. K. WARNEKROS. Legatura delle grosse vene del bacino nella piemia puerperale. — E. FREY. Taglio cesareo addominale sotto anestesia locale.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

Nostre pubblicazioni fatte compilare **esclusivamente** per gli associati al "Policlinico":

1) Dott. Cav. Uff. ALBERTO VIGO **(DOCTOR JUSTITIA).**

LA LEGISLAZIONE SANITARIA
in rapporto all'esercizio professionale

MANUALE contenente Leggi, Decreti, Regolamenti, Circolari e tutto ciò che all'esercizio professionale si riferisce, ad uso dei Medici condotti, dei liberi esercenti, degli ufficiali sanitari e del Personale addetto ai laboratorii di vigilanza igienica.

Un volume in 8 di pag. XVI-214 nitidamente stampato, in commercio **L. 16**; ma per gli associati al *Policlinico* sole **L. 12**, franco di porto

2) Dott. MARIO FLAMINI
Medico nel Brefotrofio Provinciale, già assistente alla R. Clinica Pediatrica dell'Università di Roma, Direttore della Scuola di Assistenza all'Infanzia.

Manuale di Pediatria Pratica.

(Seconda edizione)

Volume in-8°, di pag. VIII-352, corredato di una estesa POSOLOGIA INFANTILE e con 74 figure intercalate nel testo. — In commercio **L. 20**, ma per gli associati al «Policlinico» sole **L. 16** franco di porto.

3) Prof. FRANCESCO VALAGUSSA
Medico della Famiglia Reale, Direttore e Primario del Preventorio per lattanti «E. Maraini», Medico primario nell'Ospedale Infantile «Bambino Gesù», Docente di Clinica pediatrica nella Regia Università di Roma.

Consultazioni di Clinica, Dietetica e Terapia Infantile.

Terza edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata.
Prefazione di AUGUSTO MURRI

Un volume in-8° di pag. VIII-488, nitidamente stampato su carta **distinta**, con 42 figure intercalate nel testo e finissima quadricromia sulla copertina.

In commercio L. 36 — Per gli abbonati al «Policlinico» sole **L. 30**, in porto franco.

4) **Prof. RINALDO MARCHESINI** **Compendio di Ematologia**
con prefazione del Prof. **VITTORIO ASCOLI.**
In commercio **L. 10** — Per gli associati al «Policlinico» sole **L. 8** franco di porto.

Altre pubblicazioni a prezzo di favore pei Signori associati.

5) **Prof. GIOVANNI PETELLA.**

Le malattie del cuore secondo le vedute moderne.

Un volume in-8° di pagine VII-339, nitidamente stampato su carta di lusso, con 29 figure intercalate nel testo. In commercio **L. 22** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Pei nostri abbonati sole **L. 20.90** franco di porto e raccomandato.

6) **Prof. VINCENZO GIUDICEANDREA.**

L'esame degli organi del petto e dell'addome.

Volume in 16, di pag. 254, corpo 8. In commercio **L. 9**, più le spese postali di spedizione. Pei nostri associati sole **L. 8.50** franco di porto e raccomandato.

7) **Prof. GUIDO MENDES.**

La diagnosi delle localizzazioni polmonari d'inizio della tubercolosi con speciale riguardo alle ricerche radiologiche.

Un volume in-8 grande, di 116 pagine, con una figura nel testo e 10 tavole radiografiche in carta americana. — In commercio **L. 9**, più le spese postali di spedizione; per gli associati al «Policlinico» **sole L. 8.50** franco di porto e raccomandato.

8) **Prof. ALFREDO RUBINO** **SEMIOTICA MEDICA**
(3ª edizione completamente rifatta ed arricchita di nuovi capitoli e di nuove figure esplicative).
Un volume in-16, elegantemente rilegato in piena tela, di pagine XV-633. In commercio **L. 15** più le spese postali di spedizione e di imballaggio.
Per gli abbonati al «Policlinico» sole **L. 14.60** franco di porto.

9) **Prof. C. P. GOGGIA** **Quesiti di Diagnostica e di Clinica Medica**
Un volume in-16, di pag. X-540, con 84 figure nel testo, elegantemente rilegato in piena tela. In commercio **L. 28** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per gli abbonati al «Policlinico» **sole L. 27.25** franco di porto e raccomandato

10) **Prof. ARTURO MORSELLI** **Manuale di Psichiatria**
(2ª edizione riveduta ed ampliata)
Un volume in-16, di pag. XIX-632, con 34 figure nel testo, elegantemente rilegato in piena tela. In commercio **L. 33**, compreso l'aumento **del 10 %** per le spese postali di spedizione e di imballaggio. Pei nostri abbonati solo L. 30.96 franco di porto e raccomandato.

11) **Dott. C. MUZIO** **Il Medico Pratico**
(5ª Ediz., completamente rifatta ed ampliata, in XIX capitoli).
Un volume in formato tascabile di pag. XII-978, con 11 tavole, elegantemente rilegato **L. 28**, più le spese postali di spedizione ed imballaggio.
Per i nostri associati sole **L. 27.45** in porto franco e raccomandato.

12) **Prof. E. TROMBETTA** **Medicina d'Urgenza**
(Vade-mecum diagnostico-terapeutico e formulario ragionato ad uso dei medici pratici)
(2ª Ediz. interamente rifatta a cura del Dott. C. Trombetta di Edmondo). Un volume in-16 (formato tascabile), elegantemente rilegato in tela, di pagine XIV-645. In commercio **L. 18** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per gli abbonati al «Policlinico» sole **L. 17.**
franco di porto e raccomandato.

13) **"Medicamenta,,** **Guida teorico-pratica per sanitari** (Edizione ristampa 1914-1920)
Un volume formato tascabile, di pagg. XXXVI-2016, elegantemente rilegato in piena tela. In vendita presso le Librerie, **L. 35.** Pei nostri abbonati sole **L. 31.90** franco di porto e raccomandato.

14) **Prof. GAETANO VIALE** **Quesiti di Fisiologia Umana**
Un volume in-16, di pag. 406, con 30 figure intercalate nel testo. In commercio **L. 24** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 22.25** franco di porto e raccomandato.

15) **Prof. CARLO FRUGIUELE** **Compendio di oftalmologia**
2ª edizione riveduta e ampliata.
Un volume in-16 di pag. 580, con 190 figure nel testo e 2 tavole colori. In commercio **L. 25**, più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per gli abbonati al «Policlinico» sole **L. 22.75** franco di porto e raccomandato.

16) **Prof. C. CASSIOLI** **L'OSTETRICO PRATICO**
Trattato di Ostetricia improntato alla pratica con 250 figure nel testo e prefazione del Prof. ERNESTO PESTALOZZA e con appendice
Il Neonato (Igiene - Fisiologia - Patologia)
Capitolo compilato dal Prof. G. CACCIA.
Un volume in-16 tascabile, di pag. XII-452 elegantemente rilegato in tela, *L.* 22 più le spese postali di spedizione ed imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 20.75** franco di porto e raccomandato.

17) **Prof. F. SCERVINI.**

Compendio di Patologia e Terapia delle malattie della Bocca e dei Denti.

(3ª edizione)

Un volume in-16, tascabile, di pag. XII-314, elegantemente rilegato in tela, **L.** 10 più le spese postali di spedizione e imballaggio. Per gli abbonati al «Policlinico» sole **L. 9.25** franco di porto e raccomandato.

18) **Prof. ROSARIO CASCINO.**

Chirurgia del grosso intestino escluso il retto.

Un volume in 8, di 606 pagine, con 50 figure e 18 tavole, prezzo **L. 40.** Per i nostri abbonati sole **L.** 34 franco di porto e raccomandato.

19) **Prof. ALBERTO CAUCCI.** **La Chirurgia del cieco e del colon**
Volume in-8 grande, di 333 pagine, con 7 tavole fuori testo su carta patinata. In commercio **L. 20.** Per gli abbonati al «Policlinico» sole **L.** 17.25 franco di porto e raccomandato.

20) **Prof. ERIBERTO AIEVOLI** **Quesiti di Patologia, Clinica e Terapia Chirurgica**
Un volume in-16 grande, di pagine VI-426, elegantemente rilegato in piena tela, **L.** 28 più le spese postali di spedizione ed imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L 27.25** franco di porto e raccomandato.

21) **Dott. ARRIGO PIPERNO** **Frattura delle ossa mascellari e loro cura**
Un volume in-8, di 188 pagine con 118 figure fuori testo riprodotte su 28 tavole in fototipia. In commercio **L. 15.** Per i nostri abbonati sole **L. 14.25** franco di porto e raccomandato.

22) **Prof. GUGLIELMO BILANCIONI.**

La laringe e il sistema nervoso cerebro-spinale.

(Fisio-Patologia e Clinica)

Volume in-8, di circa 480 pagine, con 37 figure intercalate nel testo, prezzo **L 18.** Per i nostri abbonati sole **L.** 16 franco di porto e raccomandato.

23) **Dott. MASSIMO CAMPEGGIANI.**

La diagnosi della sordità nei suoi rapporti clinici e sociali.

Volume in-8 grande, di circa 100 pagine, con una tavola. In commercio L. 8, più le spese postali di spedizione. Per i nostri associati sole L. ... franco di porto e raccomandato.

Per ottenere quanto sopra inviare cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - Roma

ANNO XXIX Roma, 13 Marzo 1922 Fasc. 11

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

CONFERENZE.

Aspetti generali della Lotta antimalarica.

Dott. MASSIMO SELLA.

Da una conferenza tenuta nel luglio scorso all'Ateneo di Madrid (1).

Un cenno sulla malaria in Spagna.

Il Direttore della Fondazione Rockefeller, sig. W. Rose (2), prima di esporre i risultati dell'opera antimalarica intrapresa dalla Fondazione negli Stati Uniti e quasi a motivare l'interesse che questa grande istituzione porta al problema internazionale della malaria, adduce alcune cifre che rendono un'idea, per quanto approssimativa, della diffusione della malaria nel mondo. In verità il danno prodotto dalla malaria è così enorme, che non sarà mai con abbastanza insistenza posto dinanzi agli occhi della gente civile; esso è misurato dalla frase di Ross: «La malaria è l'impedimento che si frappone alla conquista dei tropici da parte dell'uomo bianco».

Se si pensa che le cifre per l'India solamente si elevano a oltre un milione di morti e 100 milioni di casi di malaria all'anno, producenti un danno annuo approssimativo di un miliardo e mezzo di franchi, quali cifre rappresenteranno i nefasti della malaria nel mondo, della cui popolazione metà vive nella zona tropicale o semi-tropicale, ove la malaria è incombente?

Ma restringiamoci ora in casa nostra. Se forse è esagerata l'affermazione che l'antica civiltà mediterranea greco-romana non abbia conservato la sua egemonia materiale a causa della malaria, è certo tuttavia che oggi ancora, per la maggior parte dei paesi del Mediterraneo, la malaria costituisce un grave ostacolo al loro sviluppo, e la liberazione da essa un problema nazionale.

La Spagna deve porsi nel novero di questi paesi. Una mortalità per malaria dell'11 circa per 100.000 sulla popolazione totale, come è quella che registrano le statistiche ufficiali per il 1916-1917, deve essere considerata come indice di un grave stato di cose. La malaria infatti è considerata come un problema gravissimo in Italia, ove la mortalità era scesa, nel triennio precedente alla guerra, a una cifra

(1) *N. B.* — Alcuni passi sono stati leggermente modificati.
(2) *Jl. Amer. Med. Ass.*, Nov. 8, 1919, Chicago.

inferiore a quella corrispondente della Spagna, e cioè a 7.3 contro 8.3. Ed è, per es., considerata tale in alcuni Stati della Confederazione Nord-Americana che presentano mortalità minori o corrispondenti.

Devesi poi considerare che vi sono provincie in Spagna, quali Huelva, Badajoz e Cáceres, nelle quali la mortalità si elevò per il 1918 a 49.2, 47.1 e 107.1, superiore quest'ultima a quella media della Sardegna, la regione più malarica d'Italia, prima della guerra. L'Estremadura, complessivamente, nel periodo 1900-1916 ha sofferto la mortalità media elevatissima del 90.7.

Quando si parla di malaria, si è sempre costretti a ragionare sulle cifre della mortalità, cifre non adatte, se considerate con gli stessi criteri che per altre malattie, ad esprimere la gravità del male: la malaria è una malattia a bassa mortalità e va piuttosto misurata con le cifre della morbilità. (Sarebbe meglio dire bassa mortalità apparente, poichè le statistiche non dicono in quante morti la malaria entri come elemento causale e predisponente, sebbene non terminale).

Ora nessun paese, neppure quei pochi in cui la notificazione è obbligatoria, possiede statistiche attendibili di morbilità: queste, per un complesso di fattori e principalmente perchè al medico sfugge la maggior parte dei casi leggeri che non si presentano da sè, sono sempre inferiori alla realtà. Negli Stati Uniti d'America, un autore calcola che i casi effettivi siano da 5 a 6 volte quelli registrati; in Italia invece la proporzione è giudicata anche maggiore, poichè invece dei 150-300 mila casi registrati, vi è chi li valuta a 1,5-2 milioni.

In Italia la media dei casi denunciati per ogni caso di morte fu, nel periodo 1910-1917, di 51. Applicando questo indice alla Spagna, otteniamo per il 1914, annata di minore morbilità, 80.000 e per il 1918, 120.000 casi di febbre. Ma se si tiene conto di quanto ho detto sopra e della scarsa perniciosità della malaria in Ispagna, si arriva facilmente, o si supera, la cifra fissata prudenzialmente dai malariologi spagnoli; si arriva cioè a 350-400 mila casi o più. A tali cifre si giunge ugualmente attribuendo alla malaria una mortalità dell'1/4-1/3 dell'1 per cento.

Io non pretendo certo scoprire e farmi banditore della necessità della lotta antimalarica in Spagna: persone eminenti del paese, fra cui primo il prof. Pittaluga, vanno agitando questo vessillo da anni, il Servizio della Sanità del Campo ha compiuto un'inchiesta speciale e nazione e governo hanno già mostrato di voler agire. La mia è soltanto una voce modesta che si unisce al coro di altre.

Rassegna dei metodi di lotta e risultati ottenuti.

Con quale tecnica dobbiamo combattere la malaria? A quali misure dobbiamo dare la preferenza? Dobbiamo basarci piuttosto sul chinino curativo o preventivo, come vogliono alcuni, o sulle misure difensive od offensive contro gli anofeli, come vogliono altri?

Queste misure sono tutte buone teoricamente, senonchè l'opportunità della loro applicazione è subordinata a condizioni locali variabili, e ciò che è buono in una regione, lo è meno o non lo è affatto in un'altra.

Una cosa intanto l'esperienza ha dimostrato in modo ben certo, ed è che le misure generiche, che le misure non spinte a un certo grado di intensità, producono benefici poco sensibili, e questi si sommano negli anni successivi solo parzialmente, con molta lentezza. Occorre dunque agire *con una certa intensità.* A un'altra domanda devono rispondere coloro che si occupano di malaria: è sufficente l'applicazione di una sola misura? Teoricamente, si; praticamente non sempre.

Misure antilarvali.

Incominciamo dalle misure antilarvali. Non vi è dubbio che, distrutti gli anofeli entro un raggio tale che quelli che giungono dal di fuori siano in numero trascurabile, è soppresso, almeno localmente, il veicolo dell'infezione. La lunghezza di questo raggio varia a seconda delle specie, ma in complesso non in modo notevole. Disgraziatamente siamo meno informati sugli anofeli dei nostri paesi che su molti altri esotici. Degli anofeli del nord e centro America, secondo le osservazioni di Metz, Le Prince, Geiger, ecc., l'*A. crucians* si distribuirebbe in un raggio di 2100 metri dai focolai, l'*A. quadrimaculatus*, la specie più importante degli S. U., in un raggio alquanto minore; e così l'*A. albimanus* e l'*A. tarsimaculata*, specie del Panama. Secondo Swellengrebel, l'*A. ludlowi*, dell'Arcipelago Malese, si diffonde a 1600 metri.

Quanto al nostro *A. claviger*, la sua capacità di diffusione non è abbastanza conosciuta; attenendosi ai risultati dei nostri esperimenti a Fiumicino, in una regione ricca di focolai anofelici, una zona di 2-2.5 km. dovrebbe essere presa in considerazione.

Si tratta dunque sempre di aree di notevole estensione, poichè sfortunatamente per l'uomo, gli anofeli hanno rapporti con l'abitato da distanze considerevoli; e la superficie cresce come il quadrato del raggio.

Se non fosse così, il problema della malaria sarebbe infinitamente più semplice e si otterrebbe per essa quella relativamente facile distruzione del veicolo infettivo che si raggiunge contro la *Stegomya*, per la febbre gialla; per tacere del *Culex*, innocuo ma fastidioso ospite delle nostre case.

Dato dunque il raggio in cui bisogna agire, si può, nella media dei casi, spingere la lotta antilarvale con il rigore voluto perchè basti da sola, restando entro limiti di spesa convenienti? S'intende che in questa lotta, oltre alla petrolizzazione, sono comprese opere di drenaggio, pulizia, sistemazione delle acque, esclusi i grandi lavori idraulici.

In America — e intendo oggi mettere in speciale rilievo i progressi compiuti in tale paese — si ha una predilezione per questo metodo, che presenta il vantaggio indiscutibile di rendere l'opera di risanamento indipendente dalle buone disposizioni individuali della popolazione. In un primo periodo, varie campagne di prova vennero istituite dalla Sanità Pubblica e dalla Fondazione Rockefeller, tra cui ricordo quelle di (1) Roanoke-Rapids, N. C.; di Elettric Mills, MISS.; di Wilson, Vancouwer, Crystal City, Mo.; di Crossett, Hamburg, Lake Village, Dermott, Monticello, Bauxite, Mc. Gehee, Ark; comunità di uno o più migliaia di abitanti: con risultati dichiarati pienamente soddisfacenti. Così soddisfacenti, che ci lasciano un po' dubbiosi, tanto più che il controllo basato sul numero delle chiamate del medico o su esami comparativi del sangue in epoche differenti e distanti, non sono molto rigorosi; riesce poi difficile comprendere come sin dal primo anno si sia ottenuta una diminuzione nel numero delle febbri dell'80-90%, mentre le semplici recidive dei malarici della stagione precedente e dei cronici, sopratutto se non sottoposti, come non lo furono in questi casi, a cure sistematiche, sogliono fornire un numero non indifferente di febbri, come avemmo occasione di constatare anche personalmente a Fiumicino nel 1918-1919 (2).

Ad ogni modo la concordanza dei risultati prova che nell'insieme essi furono certamente buoni.

Ma la prova migliore di ciò è data dal fatto che a partire dal 1920, le campagne antimalariche a difesa di borgate, basate sulla lotta antilarvale, assunsero negli S. U. un grande sviluppo e salirono a varie decine, con risultati in complesso ottimi, secondo quanto viene annunciato nelle prime comunicazioni apparse sull'argomento (1).

La lotta antilarvale ebbe inoltre i suoi trionfi durante la guerra, nella protezione dei campi militari (2); protezione che, è bene notare, per l'importanza degli interessi poteva esser fatta senza riguardo alle spese. Negli Stati Uniti, ove 40 furono le « extra-cantonment zones » protette, il Servizio di Sanità adottò la distanza di un miglio dai margini estremi del campo: le aree difese sommarono a 1.228 miglia quadrate, furono scavate 2.441 miglia di nuovi canali, senza contare la sistemazione di quelli preesistenti, e furono impiegati 1.300.000 litri di petrolio.

In alcuni Stati della Confederazione e specialmente a New Jersey, la lotta contro le zanzare, in certe regioni pianeggianti costiere dette delle « salt marshes », è stata provocata non da finalità antimalariche ma dalla necessità di eliminare il grave ostacolo al loro sviluppo e le orribili sofferenze causate dall'*Aëdes sollecitans*, Wlk. Tuttavia il metodo interessa da vicino anche la lotta antianofelica.

Esso consiste nella escavazione e nella manutenzione di canalini di drenaggio stretti e abbastanza profondi che permettono alle acque della marea di entrare e di defluire quindi completamente: la distruzione delle larve è compiuta da due fattori combinati, il movimento dell'acqua e l'attività dei pesci larvifagi.

Si tratta qui di condizioni che, per quanto possiamo giudicare, non sono paragonabili alle nostre; quello però che può interessare molto anche noi è il sistema di escavazione per mezzo di macchine speciali, le « ditching machines », che possono scavare anche un chilometro di canale al giorno e più; in qualche caso viene impiegata pure la dinamite. Lo Stato di New Jersey era riuscito così a controllare, fino al 1919, circa 46.000 ettari di « salt marshes » (3).

---

(1) W. ROSE, op. cit. — H. R. CARTER. *Amer. Jl. of Pub. Health*, n. 6, 1920. — SPARKS, DERIVAUX e TAYLOR. *Pub. Health Repts*, reprt., n. 476, 1918. — R. H. v. ETZDORF, ivi, n. 328, 1918.

(2) B. GRASSI, M. SELLA, *Seconda relazione della lotta antimalarica a Fiumicino*, Roma, *Ann. d'Ig.*, 1920.

(1) *The Rockefeller Foundation, Int. Health Board*, VII-th ann. Rep., 1920 (W. ROSE), New York, 1921. — G. E. VINCENT, *The Rockefeller Found., Review for the 1920*. New York. 1921. — J. A. LE PRINCE, *South. Med. Jl.*, XIV, 4, 1921. Birmingham, Ala.

(2) J. A. LE PRINCE, *Pub. Health. Repts*, reprt. n. 511, Washington, 1919. — C. L. WILLIAMS, *South. Med. Jl.*, Birmingham, Ala, gennaio 1919. — S. M. DOHANIAN, *Jl. Econ. Entom.*, Concord, N. H., XIII, 4, 1920.

(3) *New Jersey Mosquito Extermination As-*

Un altro sistema di lotta antilarvale è quello che si basa sui pesci mangiatori di larve. Fino a qualche anno fa, essi erano considerati come uno dei mezzi parziali di difesa, più naturale che artificiale, e furono oggetto di numerose osservazioni, negli S. U. (1) e altrove, non ugualmente favorevoli ovunque. Spetta ad Howard il merito di averli elevati addirittura a metodo (2) di lotta, iniziando nel 1918 una campagna con i «top minnows» (*Gambusia affinis* Baird e Girard) in una zona rurale di Hinds County, Miss., comprendente 36 miglia quadrate e una popolazione di 830 persone, disseminata in case sparse. In modo sistematico il controllo antilarvale venne esteso ad aree di 1/4 di miglio, ossia di 400 m., intorno ad ogni casa. La riduzione dei casi di malaria fu valutata al 77%. La lotta non consiste solo nell'immissione dei pesci nelle acque, ma nella pulizia parziale di queste, nella creazione di vivai ecc. Bisogna aggiungere che in qualche caso si ricorse anche alla petrolizzazione.

Nel 1920 tale metodo venne adottato con successo in parecchie delle campagne cooperative iniziate in quell'anno, a difesa di borgate: a Canton, Miss., si raggiunse il controllo completo dell'86 % dei focolai; ad Athens, Texas, la malaria fu ridotta del 70%. I pesci larvivagi stanno ora per essere impiegati su larga scala contro la febbre gialla nell'America centrale.

Anche in Europa le gambusie riuscirebbero probabilmente di grande vantaggio, se si acclimatassero nelle nostre acque. L'Ufficio della Malaria della Lega delle Soc. della C. R. ha ottenuto recentemente dal Bureau of Fisheries degli S. U. alcuni invii di gambusie in Italia e in Spagna, ma solo in Spagna esse giunsero viventi. Sono ora nelle mani della Commissione Antimalarica Spaguola e dell'Istituto Oceanografico, che li stanno esperimentando.

È innegabile dunque che la lotta antilarvale, anche pura e semplice, ha dato in molti casi dei risultati soddisfacenti. A rigore, forse, non si potrebbe mai parlare di misura esclusiva, poichè anche nelle campagne ricordate, così come a Ismailia, all'Havana e ovunque, i malarici bene o male venivano e vengono sempre curati. Questo fattore, tuttavia, non può influire sull'apprezzamento del metodo quando, durante la campagna, non subisce variazioni rispetto al periodo precedente.

Chininizzazione preventiva.

Passiamo ora agli altri metodi di lotta. La lotta col chinino preventivo, fra popolazioni già malariche, difficilmente può essere giudicata astraendo dalla cura delle febbri.

Questa misura è certamente la più controversa: come è noto, alcuni oppongono che in piccole dosi la profilassi non è efficace, e in grandi non è applicabile. Certo l'esperienza della guerra, almeno in Italia, non ha giovato a raccomandarla, come misura unica; e recentemente una delle persone meglio in grado di valutare tale esperienza, il prof. Dionisi (1), la dichiara applicabile solo in casi eccezionali, cioè quando altre misure non siano praticabili.

Risultati indiscutibilmente notevoli, invece, furono ottenuti quando il trattamento preventivo venne accompagnato da una rigorosa ricerca e cura dei febbricitanti e portatori. Le campagne di Grassi e collaboratori a Ostia e a Nona in Dalmazia, l'avevano dimostrato sin da molti anni or sono.

Cura dei malarici.

L'efficacia della cura dei malarici, organizzata rigorosamente ed estesa anche al periodo interepidemico, è stata dimostrata grande anche come misura unica, in esperimenti di notevole valore; e si ritiene giustamente, che essa incontri minore difficoltà che non la profilassi, presso le popolazioni. Ritornano in tutte le citazioni i risultati ottenuti da Koch in Africa, a Stephansort, villaggio di 734 persone; il metodo venne applicato in altre colonie già tedesche. Ma l'esperimento più interessante è quello diretto da Bass (2) a Bolivar e a Sunflower Counties, in regioni a popolazione sparsa, nel delta del Mississippì, ad alto indice malarico. Furono curati tutti i malarici risultanti tali all'esame del sangue, all'esame clinico e storico.

L'esperimento di Bolivar County, protratto per i due anni 1916-1917, in una zona di 325 miglia quadrate, su una popolazione di 31.459 persone, di cui circa il 50% malariche, aveva

---

sociation, *Proceedings*, 1914-1920, Trenton. — T. J. HEADLE, *New Jersey Agric. Exp*. *Sta.*, *Dept. Entom.*, 1917, New Brunswik N. J., 1918. — W. E. DARNALL, *Jl. Am. Med. Ass.*, 6 settembre 1919. Chicago.

(1) V. specialmente i lavori di S. F. HILDEBRAND, nelle pubblicazioni del Bureau of Fisheries, Washington.

(2) *South Med. Jl.*, XIII, 4 Apr. 1920, Birmingham, Ala. — *Int. Health Board, Rockefeller Found.*, Rpt. n. 7486, 1920, New York. — V. anche i rapp. di W. ROSE e di E. VINCENT, già citati.

(1) *L'Italia Sanitaria*, Roma, 10 giugno 1920.

(2) *South. Med. Jl.*, Birmingham, Ala, XII, 4, 6, 8, 1919; XIII, 4, 1920; XIV, 4, 1921.

servito previamente per determinare il migliore sistema di cura. La riduzione media della malaria era risultata del 35.5%.

A Sunflower County nel 1918, venne applicato il tipo di cura risultato più conveniente, e cioè trattamento per 8 settimane a 10 grani giornalieri per gli adulti e dosi scalari per gli individui sotto i 15 anni di età. La regione abbracciava 100 miglia quadrate e comprendeva una popolazione di circa 8.000 persone. L'indice malarico era prima del 50%. La riduzione dei casi di febbre fu stimata a circa l'89 % (nel rapporto del 1920 della Fondazione Rockefeller, op. cit., si parla di un abbassamento della malaria dal 40 al 18% soltanto).

Fra le conclusioni di Bass, voglio citare la seguente, la quale riguarda l'importanza che potrebbe avere l'opera del medico nel risanamento di un paese, indipendentemente dalle campagne speciali: supposto, egli dice, che il 20% dei malarici del paese cada sotto l'osservazione dei medici, si può calcolare che se questi disinfettassero nel modo suindicato tutti i casi che trattano, la diminuzione della malaria sarebbe del 90% in dieci anni.

Secondo Bass adunque si può risanare una regione con una cura appropriata dei malarici e questo risanamento può essere molto rapido, quando essi siano minuziosamente cercati e curati, con campagne speciali.

Protezione meccanica.

Mi resta da accennare alla protezione meccanica. Anche questa è una misura che trova fautori e oppositori. Per quanto tutti siano d'accordo sul suo grande valore, se mantenuta in perfetto stato e se la gente si sottopone alla disciplina necessaria, molti negano che in pratica queste condizioni siano realizzabili, sopratutto nei paesi molto caldi. È difficile farsi un'idea, dalla letteratura, dei risultati ottenuti con un'applicazione scrupolosa, ma sempre restando nel campo pratico, di questo sistema, isolato. Ottimi risultati conseguì il Grassi nella Piana di Capaccio e ad Olevano, con una protezione molto rigorosa, ma che era stato preceduta da una cura radicale dei malarici nel periodo preepidemico.

Come è noto, la protezione meccanica venne impiegata in molti luoghi, compresa la Spagna, per salvaguardare il personale delle ferrovie. Non si può dire che in generale i risultati siano stati soddisfacenti, forse perchè realmente questa misura da sola non basta, ma anche perchè non si comprese abbastanza che la manutenzione è più importante della stessa applicazione delle reti.

Anche per questo sistema la Fondazione Rockefeller in collaborazione col Servizio della Sanità ha intrapreso dei saggi, per determinarne il valore; ma di essi poco si sa finora, sì da non permettere alcun giudizio.

Nella zona rurale di Chicot County, fu protetto nel 1916 un piccolo numero di case (1); la riduzione della malaria fu valutata al 70.6 per cento.

Bisogna però aggiungere che si procedette alla cura di tutti i malarici, e quindi si deve piuttosto parlare, anche qui, di sistema misto.

Criteri per la scelta dei metodi.

Riassumento, è intuitivo che quanto minore è il numero delle misure impiegate, tanto maggiore deve essere la loro intensità: quando poi si voglia applicare una sola misura, questa intensità deve essere spinta a limiti che in molti casi urtano contro difficoltà tecniche o finanziarie e dall'altro (specialmente nei paesi latini, indisciplinati per natura), contro la resistenza della popolazione alle misure individuali; bisogna tener conto di questa resistenza come di una forza bruta qualunque, che solo fino ad un certo punto si possa neutralizzare.

Ora, se conviene dare un giudizio su una questione così multiforme, il nostro sarebbe che, appena si possa, si agisca in almeno due direzioni contro la malaria (già un malfattore è più facilmente ridotto all'impotenza da due persone di forza media, che da una sola molto più forte). Una di queste, come regola, deve essere la cura o almeno un'intensificazione della cura, che tra le misure individuali ha il vantaggio di essere la più accetta. L'altra in ordine di preferenza, ma subordinatamente alle possibilità, la lotta antilarvale e in genere antianofelica, che è indipendente dall'uomo, indi la protezione meccanica, e infine la chininizzazione preventiva.

In quali casi si deve adottare una misura o una combinazione di misure piuttosto che un'altra? Dipende, ripeto, dall'opportunità; la lotta contro la malaria è tutta una casistica, fin'ora. Si può tuttavia fare una distinzione generica che riposa su due tipiche condizioni di fatto: malaria urbana e malaria rurale.

La protezione di una popolazione concentrata in una breve area, come quella di una città o di un villaggio, si presenta in condizioni molto più facili, per due ragioni, una economica, e cioè la maggior capacità finanzia-

(1) R. C. DERIVAUX, H. A. TAYLOR e T. D. HAAS, *Pub. Health Bull.*, n. 88, Washington, 1917.

ria, la seconda tecnica, e cioè la possibilità, nella maggior parte dei casi, d'impiegare misure contro larve e alate. Infatti il costo delle misure antilarvali, calcolato per persona, è inversamente proporzionale al numero delle persone per unità di area; più numerosa quindi la popolazione e più ristretta l'area occupata, minore la quota per persona.

Per piccoli nuclei di popolazione, e nelle regioni a popolazione sparsa, molto spesso queste misure diventano troppo costose e bisogna cambiar metodo, agire sugli individui, non più in superficie.

Il problema della malaria rurale è realmente il più grave, poichè la malaria è malattia delle campagne; ed anche il più difficile. Bisogna confessare che molte incertezze ancora esistono sulla scelta dei mezzi migliori. Nelle zone rurali la cura specialmente dovrebbe rappresentare lo sforzo principale; e là ove difficoltà economiche impedissero di accoppiarla ad altre misure, essa produrrebbe già da sola un miglioramento notevole.

È d'uopo infine riconoscere, a proposito di campagne antimalariche, che in nessun caso si è ottenuto un risanamento definitivo stabile, tale da rendere superflua la continuazione di interventi. Questo riconoscimento non diminuisce il valore del metodo. Per ogni malattia la profilassi procede per gradi. La storia poi delle campagne antimalariche è recente ed esse si sono svolte finora in località isolate e ristrette (1).

(1) Desidero aggiungere alcune parole sulla grande bonifica agraria, della quale non ho potuto occuparmi trattando di campagne antimalariche in senso stretto, e contro la tendenza all'esclusivismo in cui cadono spesso i fautori sia di questo che degli altri sistemi di lotta.

È patente l'importanza non solo economica ma anche igienica della coltura intensiva delle terre. Essa è seguita generalmente da un miglioramento della malaria e in taluni casi anche dalla sua scomparsa, per quanto pure in località non soggette a tale bonifica e anche quasi incolte (è noto il caso dei paduli di Fucecchio e di Bientina in Toscana, ricordati da Celli e Gasperini) possa avvenire il trapasso all'anofelismo senza malaria. Bisogna però tener conto: *a*) che la bonifica agraria a scopo di coltura intensiva (lasciamo stare la coltura estensiva i cui effetti sono molto discutibili) può, per ragioni evidenti, interessare solo una piccola parte dei territori malarici: *b*) che l'eventuale trapasso alla condizione di anofelismo senza malaria non può compiersi che molto lentamente; *c*) che quindi la grande bonifica raggiunge un'efficienza antimalarica « attuale » solo quando riduce l'anofelismo entro limiti stretti; *d*) che è necessario avere di mira tale riduzione nello studio dei piani delle bonifiche, e quando, ciò che è da prevedere nella maggioranza dei casi, non la si raggiunge, o in modo insufficiente, bisogna agire, a seconda dell'opportunità, con misure antianofeliche complementari attorno agli abitati, con la cura, la protezione, ecc., o loro combinazioni.

La grande bonifica rappresenta uno dei mezzi di risanamento, o meglio, in genere, una preparazione e un avviamento ottimi all'opera di risanamento. Ma non possiamo subordinare tutta la lotta antimalarica all'agricoltura; dobbiamo darle una base propria, per così dire indipendente, che le permetta di svilupparsi come cosa a sè e con carattere essenzialmente sanitario, in tutte le regioni e nelle condizioni più svariate.

Fattori da cui dipende lo sviluppo della lotta antimalarica. Fattore economico.

Finita questa breve rassegna tecnica, mi addentrerò nell'esame di alcuni dei fattori essenziali per lo sviluppo della lotta su una grande scala, e di alcune delle cause che lo rallentano.

Costo delle campagne e in che modo va considerato.

Se si pensa che da oltre un ventennio il mistero della trasmissione della malaria è stato svelato, per opera di Ross e di Grassi, e sono state così tracciate le vie maestre della profilassi, si resta stupiti del cammino insignificante percorso verso il risanamento dei paesi malarici; infatti le aree più o meno risanate per opera di profilassi diretta, e non per processo spontaneo, provocato da cause complicate (su alcune delle quali Roubaud e specialmente Grassi (1) hanno fatto recentemente un po' di luce), aventi per risultato l'« anofelismo senza malaria », rappresentano delle invisibili macchioline bianche sulla paurosa fascia nera che riveste gran parte del globo.

Ragione principale: il costo della profilassi, che comprende il costo iniziale, per così dire d'impianto, e il costo per la continuazione della lotta, per così dire di manutenzione.

Quanto costa risanare i borghi, quanto costa risanare le campagne?

Se si sfoglia la letteratura, s'incontrano cifre diverse (ed è ben naturale, variando talmente le condizioni), alcune veramente basse altre abbastanza elevate. Citiamo alcune di queste cifre in lire italiane, al cambio fisso (dollaro = Lit. 5,15), premesso che la spesa va giudicata in relazione ai risultati e parecchi di

(1) V. GRASSI, *Riv. di Biologia*, III, 4, Roma. 1921 (in cui sono anche criticati i lavori di Roubaud, Wesenberg-Lund, ecc.).

questi sono approssimativi e discutibili. S'intende che per ridurle al valore attuale della moneta italiana, bisognerebbe moltiplicarle per 4 circa.

Città o villaggi. — Misure antilarvali prevalenti o uniche:

A Ismalia (10.000 ab.), la spesa per persona fu: il primo anno Lit. 5.15, gli anni seguenti Lit. 2.00. In otto delle campagne già ricordate dell'Arkansas, Nord Carolina, Missouri, il costo per il risanamento di borgate con popolazioni variabili da 1.000 a 4.000 e fino a 8.000 abitanti, oscillò fra lire 2.50 e 7.50 a persona, nel primo anno; restando per alcune lo stesso, scendendo per altre alla metà o sotto della metà, nel secondo. La riduzione della malaria raggiunse nel primo anno il 70 fino al 94%, nel secondo il 94-98%. Il costo medio di 45 campagne, a difesa di borgate, intraprese nel 1920, risultò nel primo anno (1) di Lit. 4.00 per persona, non comprese le spese di servizio centrale, con oscillazioni da Lit. 1.10 a 13.60, e in un caso di 68.50; per 35 borgate la campagna costò meno di un dollaro. Per ettaro, in media, la spesa fu di Lit. 16.00, con oscillazioni da Lit. 2.80 a 83.50 (2).

Zone rurali a fattorie e in genere ad abitazioni sparse. — Piccolo esperimento di Chicot County, con impiego della protezione meccanica: primo anno 9 lire per persona (computando a due anni la durata delle reti). Campagna di Sunflower County, basata sulla ricerca e cura dei malarici: per il 1918 Lit. 5.60 circa per persona, compresa la chinina (riferita alla superficie tornerebbe a sole Lit. 1.7 per ettaro); per il 1919 e il 1920, Lit. 5.60 e Lit. 2.00, senza la chinina. Campagna di Hinds County, con la *Gambusia*: nel 1919 Lit. 21.11 (Howard) o Lit. 13.40 (secondo il VII Rapporto della F. Rockefeller), e per il 1920 Lit. 16.00 per persona.

Per finire aggiungerò che nello Stato di New Jersey il costo della lotta contro i *mosquitos* in genere (compreso il drenaggio delle « salt marshes »), estendendosi nel 1918 su una superficie di 242 mila ettari, con una popolazione di 2.188.000, viene calcolato da Darnall a Lit. 1.80 per persona.

Le cifre del costo si sogliono computare o a persona o per unità di area. Senonchè densità della popolazione, valore dei terreni, interessi locali, intensità della malaria, sono elementi variabili e perciò a rigore le spese si dovrebbero riferire al danno causato dalla malaria.

Altre cifre potrei citare, ma queste basteranno. Riassumendo, secondo i risultati delle campagne americane, un risanamento molto avanzato, per i villaggi e le città, potrebbe essere compiuto con spesa oscillante fra 5-10 lire per persona il primo anno e generalmente minore per i seguenti. Per le zone rurali la spesa può essere eguale, ma più spesso è maggiore.

Il costo della lotta: ecco la grave difficoltà.

Con il loro senso pratico gli Americani, dopo aver risanato il Panama, fecero i conti di cassa e si accorsero che la spesa di Lit. 18.80 per persona — e nell'insieme di quasi due milioni all'anno — se era insignificante per assicurare il compimento di un'opera senza prezzo, diventava proibitiva per le condizioni ordinarie del risanamento; così come le cifre di Lit. 618 o di 123 e anche quelle di 73 o di 62 per ettaro, spese dal Watson per il risanamento di fattorie di caucciù negli Stati Federati della Malesia, se è compatibile per quelle ricchissime piantagioni, non lo è per le ordinarie regioni agricole.

Essi impostarono dunque il problema su di una base economica, lo ridussero ad una questione di dollari e di cents, persuasi che studiando l'opera di risanamento come un affare, e presentandola come un buon affare agli occhi degl'interessati, avrebbero facilmente indotto costoro ad intraprenderla; anzi si può dire che questo è il solo modo giustificato per convincere la gente.

Quali sono gli elementi del danno economico?

La malaria è una tipica malattia di lavoro. Secondo Carter (1), una morte per polmonite

---

(1) LE PRINCE, *South. Med. Jl.*, XIV, 4, 1921.

(2) Nella campagna di Fiumicino, condotta con sistema misto, cioè cura e disanofelizzazione, noi non abbiamo dato nella relazione per il 1919 (op. cit.) cifre di costo, e questo dipese da varie cause, fra cui la difficoltà di sceverare, fra le spese del Genio Civile, quelle strettamente ascrivibili alla campagna. Si noti però che essa, avendo anche altri scopi sperimentali, non venne condotta sotto uno stretto punto di vista economico, come quello degli americani. All'ingrosso il costo della protezione, di cui beneficiarono, oltre il villaggio, il cantiere navale e varie migliaia di bagnanti di passaggio, non superò le 15-20 lire (L. 4-5 oro) per persona. I risultati nel 1919 e 1920 furono ottimi. L'anno scorso, invece, si ebbe una recrudescenza nelle febbri, pare a motivo delle pioggie. Ma oscillazioni annue non infirmano (specialmente fino a che le campagne interesseranno solo comunità isolate, con malattia a ogni porta) i risultati medî. E, per esempio, mentre le pioggie qui agivano in senso sfavorevole, la siccità ci aiutava altrove, a Talayuela in Spagna, a ottenere risultati superiori alle previsioni.

(1) Transactions of the first annual confe-

corrisponde a 125 giornate di lavoro perdute, una per tifo a 450-500 e una per tubercolosi circa lo stesso; una per malaria a 2.000-4.000 giornate. Molte altre perdite vengono ad aggravare tale danno: nelle regioni agricole, oltre a quelle per medico e medicine, si hanno da contare le perdite dovute alla mancata coltivazione delle terre, al deprezzamento delle proprietà, alla mancanza di mano d'opera in periodi critici, alle migrazioni periodiche dei lavoratori, alle emigrazioni, alle morti, ecc.

Lo studio completo di queste perdite ci dà il passivo del bilancio e giova compierlo, come è stato fatto in vari luoghi in America (1), e in Spagna dalla Sanità del Campo.

E quale sarà la spesa massima compatibile con il risanamento? Teoricamente una somma che rappresenti la perdita totale capitalizzata, meno una somma i cui interessi paghino le spese di carattere permanente (2).

Negli Stati Uniti si è venuti alla conclusione che si paghi molto più caro il « privilegio » di tenersi la malaria, che non liberarsene, e che in molti casi la spesa del risanamento non ammonti alle perdite dirette in medicine e medici o alla somma pagata dalle Compagnie di assicurazione.

Qui sarà bene porci alcune domande. È giustificato generalizzare fin da ora queste cifre di costo, cioè rappresentano esse il risanamento in condizioni medie? Sono esse applicabili ai nostri paesi, sia pure tradotte in moneta attuale?

Non credo si possa rispondere affermativamente alla prima domanda; quanto alla seconda, le cifre ci sembrano in verità molto basse, ma non vi è che una risposta: noi dobbiamo allargare, ma sarebbe meglio dire formare la nostra propria esperienza!

Una cosa è certa, che il risanamento con sole risorse locali può compiersi in un numero molto limitato di casi: nella maggior parte occorre la partecipazione dello Stato. Se questo vien riconosciuto negli S. U., paese molto ricco, dove la tassa imposta in alcuni Stati sui terreni, per la lotta antimalarica, vien giudicata insufficiente ma non aumentabile e si ritiene che non si possa prescindere da un contributo statale (1), tanto meno si potrà prescindere da esso nei nostri paesi.

Intanto perchè l'interesse dei privati nelle zone rurali riceva uno stimolo, bisogna che dal risanamento essi prevedano un guadagno più o meno immediato; e ciò sempre presuppone una loro facoltà potenziale a sfruttare, con la loro attività, le migliorate condizioni. Là ove questa non esiste o esiste in grado insufficiente, il risanamento non avverrà mai senza un aiuto dal di fuori, da parte di chi ha l'obbligo di considerare le cose sotto un angolo visuale che abbraccia, oltre il presente, l'avvenire del paese.

Certo, fino a che si considera la lotta antimalarica come una semplice misura sanitaria, il contributo richiesto al denaro pubblico apparirà di troppo superiore a quello concesso per la lotta contro altre malattie infettive, che per il loro carattere violento sono più temute. Ma il risanamento dei nostri paesi significa valorizzare le nostre terre, aumentare la popolazione (2), realizzare un immenso guadagno economico. Non si tratta, come per altre malattie, di un problema di competenza della Sanità Pubblica solamente, ma anche dell'Agricoltura, Industria, Commercio e Lavoro. Possibile che fra tanti interessati non si riesca a mettere insieme la sapienza ed il denaro occorrenti per combattere questa guerra?

(Continua).

---

rence of the Sanitary Engineers, ecc., *Pub. Health Bull.*, n. 104, Washington. 1919.

(1) Vedi p. es. lo studio sulle perdite della Anderson Cottonwood Irrigation District, Calif., di: GRAY, *Jl. Am. Med. Ass.*, Chicago, LXXII, 21, 1920.

(2) L. M. FISHER, *Pub. Health Repts.*, Washington, XXX, 22, 1920.

(1) HERMS, *Mthly Bull. California State Bd. Health*, Sacramento, XV, n. 6, 1919. — FREEBORN, ivi, XV, n. 7, 1920.

(2) Non so se sia già stata notata la corrispondenza che presentano, nell'Atlante di « Demografia e Geografia Medica d'Italia » del RASERI (Roma, Ist. Geogr. De Agostini, 1906), la Tav. 56 della mortalità per malaria e la Tav. 4 della densità della popolazione rurale, riferita alla popolosità generale di ciascuna provincia.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALETTO INFANTILE SORGENTE IN ROMA

Note cliniche sull'attuale epidemia di scarlattina in Roma.

Prof. P. SORGENTE, primario e direttore.

Nell'epidemia di scarlattina che decorre da qualche mese in Roma, ho avuto occasione di osservare tutte le svariate forme con cui può manifestarsi tale malattia.

Forme gravi o maligne, forme di media gravezza, forme benigne — in vero le più frequenti — con le note varietà di scarlattina frustra, o rudimentale o frammentaria, di scarlattina apirettica, di scarlattina *sine exhantemate*.

Nulla di speciale in tutto ciò, perchè è noto che nelle epidemie di qualunque malattia, pur predominando una data forma che dà l'impronta a quello che si suole chiamare il *genio epidemico*, si osservano sempre variazioni e gradazioni della malattia stessa.

La mia attenzione però è stata attirata in modo speciale da un gruppo di casi che credo utile illustrare brevemente.

Il decorso di tali casi, che si riferiscono quasi tutti a bambini di uno a cinque anni, è il seguente:

Il bambino si ammala improvvisamente con febbre alta a 39°-40°, e con tosse rauca. I più grandicelli accusano male di gola; la voce si fa presto afona, il respiro leggermente stenotico.

Il medico di famiglia visita il bambino nel primo giorno di malattia, e pensa per lo più al croup difterico.

Iniezione più o meno generosa di siero antidifterico, e prelevamento di materiale dal faringe lo stesso giorno o il giorno successivo.

L'esame, praticato quasi sempre dal laboratorio Municipale d'Igiene, risulta negativo per la difterite.

Ciò malgrado, persistendo invariati i sintomi laringei, il medico trova opportuno d'iniettare il 2°-3° giorno, altre 3-5 mila U. I. di siero antidifterico, in aggiunta alle 2-3 mila U. I. del primo giorno.

Al 3°-4° giorno la febbre cade, o si riduce a pochi decimi, ma la tosse rauca, a volte lievemente abbaiante, la leggera stenosi laringea, la voce afona, non sono affatto modificate.

All'8°-10° giorno, nuovo rialzo della febbre sino a 38°.5-39°, e comparsa di una eruzione spiccatamente scarlattiforme, estesa al collo, alla superficie anteriore degli antibracci, al dorso, alle regioni glutee, oppure soltanto ad una o due di queste regioni.

Quasi sempre arrossamento della mucosa buccale, e chiaro enantema scarlattiniforme.

In un caso l'eruzione era anche diffusa al volto che, con la sua localizzazione a chiazze rosso-intenso sulle guancie, sul dorso del naso, sulle tempie, circondate dal pallore del mento, del contorno della bocca, del naso e delle palpebre, impartiva al bambino la *facies* caratteristica dello scarlattinoso.

Altre volte l'eruzione mancò affatto, probabilmente perchè non ebbe tempo di svilupparsi.

Cito alcuni esempi:

In due famiglie coabitanti nella stessa casa, si ammalò di tipica scarlattina un bambino di 3 anni. Qualche giorno dopo, un altro bambino di 10 mesi, tutt'ora al seno, è colto da febbre alta, da tosse rauca, con pianto afono e lieve stenosi laringea. Modico arrossamento della mucosa buccale e faringea. L'esame batteriologico, eseguito dal laboratorio comunale d'igiene, esclude la difterite.

Nella notte del 2° giorno, il bambino si aggrava nelle condizioni generali, mentre si mostrano attenuati i sintomi laringei.

Un medico comunale, chiamato d'urgenza, crede opportuno iniettare 3 mila U. I. di siero antidifterico. I sintomi di adinamia cardiaca si aggravano sempre più; malgrado gli opportuni rimedi, e il bambino muore alla fine della terza giornata.

In un bambino di 2 anni, ammalatosi con i descritti sintomi laringei, e con febbre a 39°, il medico inietta in tre giorni 9 mila U. I. di siero antidifterico, malgrado l'esame batteriologico, eseguito il secondo giorno di malattia, avesse escluso la difterite. Si ebbe caduta della febbre in 4ª giornata, e in 6ª giornata una diffusa eruzione di orticaria, durata circa un giorno, ed evidentemente dovuta alla sieroterapia.

In 10ª giornata, nuova elevazione di temperatura a 38°.5-39°, e comparsa sul collo, sul dorso, sulle natiche, di una tipica eruzione di scarlattina.

Mucosa buccale arrossata con eruzione scarlattiforme. Lingua a lampone; nelle urine traccie di albumina e di acetone.

La febbre a 38°.5-39°, e l'eruzione si protrassero per circa tre giorni. Seguì lievissima desquamazione furfuracea, limitata a piccole zone del dorso.

***

Ora, dinanzi alla sintomatologia testè esposta, e verificatasi in parecchi casi — di cui alcuni in famiglie dove altri bambini avevano presentato tipica ed indubbia scarlattina — io mi sono posti i seguenti quesiti diagnostici:

1° Di che natura deve considerarsi la laringite con cui la malattia ha esordito?

2° L'esantema scarlattiniforme che è seguita in 9ª-10ª giornata deve ritenersi manifestazione cutanea tardiva di una vera scarlattina?

E può a questa tardiva manifestazione avere influito la sieroterapia antidifterica?

Se si riflette che la scarlattina suole spesso iniziarsi con *un'angina* — il che significa con una tonsillite e faringite — si è indotti a pensare ad altro in presenza di una laringite iniziale febbrile.

Si pensa, cioè, più facilmente alla difterite, o all'influenza, o magari ad una laringite catarrale acuta.

L'esame batteriologico, eseguito in tutti i casi di cui ci occupiamo, ha escluso la difterite.

L'influenza, com'è noto, può esordire con una forma laringea (pseudo-croup influenzale) e anche con esantemi varii, erpete, orticaria, petecchie, eritema nodoso, e sopratutto con eruzione morbilliforme o scarlattiniforme.

Nei nostri casi invece l'esantema scarlattiniforme è comparso assai tardi, *al 9°-10° giorno*. Ora questa tardività dell'eruzione starebbe anche contro la natura scarlattinosa.

Nella scarlattina infatti l'eruzione cutanea compare quasi sempre nelle prime 24 ore; eccezionalmente il 2°-3° giorno.

Trousseau ammette che vi sono casi di scarlattina in cui il periodo d'invasione è molto lungo, e, segnalando una sua osservazione, in cui l'eruzione comparve l'8° giorno, aggiunge subito che sono casi rarissimi, mentre la regola generale è che il periodo d'invasione è molto corto.

Ed allora la tardiva eruzione scarlattiniforme dei casi illustrati potrebbe essere senz'altro una eruzione da siero?

Qui occorre riflettere che in alcuni casi si ebbe già in precedenza — a distanza di 4-5 giorni dalle iniezioni di siero antidifterico — una tipica eruzione di orticaria per circa un giorno, e che, solo dopo 3-4 giorni di apiressia, comparve una eruzione scarlattiniforme nelle regioni preferite dalla scarlattina, e accompagnata da febbre che si prolungò 2-3 giorni.

Si consideri inoltre che tale manifestazione si è avuta in pieno periodo epidemico di scarlattina, non solo, ma più volte in ambienti dove si erano verificati casi di tipica ed indubbia scarlattina.

Si vedrà allora come non si possa senz'altro acquietarsi alla interpretazione di una semplice eruzione scarlattiniforme da siero.

Vi è ancora da fare un'ultima ipotesi, quella cioè che si sia avuta in primo tempo una laringite grippale, alla quale, a breve distanza, sia seguita una scarlattina.

Ma per le ragioni esposte, sopratutto quelle dell'epidemia di scarlattina dominante, e della contemporanea esistenza di tipici casi di scarlattina in una stessa famiglia, a me pare più verisimile che si sia trattato in tutti i miei casi *unicamente di scarlattina.*

Di scarlattina che, invece che con un'angina, ha esordito con una laringite, e il cui decorso sia stato turbato, ma non arrestato dall'azione del siero antidifterico.

Certo non è facile dire con quale intimo meccanismo d'azione il siero antidifterico abbia potuto agire sul *virus* scarlattinoso.

Forse possono offrire qualche spiegazione al fenomeno le attuali nostre cognizioni sui sieri polivalenti.

Comunque, il quesito diagnostico che ho voluto prospettare e brevemente illustrare, parmi possa avere un certo interesse scientifico, clinico e pratico.

Scientifico per indagare e chiarire gli eventuali rapporti fra scarlattina e siero antidifterico. Clinico perchè, agli effetti della diagnosi esatta, in periodo epidemico di scarlattina, dinanzi all'insorgere di una laringite acuta febbrile nei bambini, non si sia corrivi ad ammettere senz'altro la difterite o l'influenza.

Interesse pratico infine per le misure profilattiche e il trattamento curativo che devono razionalmente applicarsi.

Roma, gennaio 1922.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
E MEDICINA OPERATORIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretto dal prof. D. TADDEI.

Contributo al trattamento delle complicanze sinusali d'origine otitica.

(Trombo-flebite settica del seno laterale).

Dott. GIUSEPPE FANTOZZI, assistente.

Nonostante che gli studi clinici e sperimentali in proposito sieno assai numerosi, nonostante che le statistiche sieno andate facendosi sempre più ricche in questi ultimi anni, gli autori non sono ancora d'accordo circa il modo con cui intervenire nei casi di trombo-flebite settica del seno laterale. Anzi vengono caldeggiati procedimenti varî e perfino opposti. Specialmente discussioni si fanno fra alcuni, che vorrebbero fosse praticata in ogni caso la legatura della vena giugulare salvo a discutere se deve essere fatta prima o dopo l'intervento diretto sul seno e se accompagnarla dalla resezione del vaso o no, e altri che condannano tale legatura incondizionatamente.

Sono noti gli argomenti che da una parte e dall'altra vengono portati a sostegno delle tesi rispettive. I legaturisti dicono che colla allacciatura venosa si interrompe la circolazione in un grande vaso venoso in diretta comunicazione col cuore destro; e, se pure è vero che tale misura non raggiunge l'ideale di chiudere tutte le comunicazioni fra il focolaio settico e la circolazione sanguigna, è già un vantaggio ridurne l'importanza e rallentarne la velocità.

Gli antilegaturisti dicono che l'allacciatura della giugulare interna è un intervento operatorio d'una certa gravità già di per sè, che inoltre può avere influenza disastrosa nella circolazione cerebrale in individuo che versa in gravi condizioni generali, inoltre si verrebbe colla legatura a stabilire un circolo refluo che occasionerebbe l'infezione di vasi e territori vascolari i quali senza le legatura resterebbero immuni (diffusione della trombo-flebite settica per la via dei seni petrosi fino al seno cavernoso).

Da ambedue le parti si portano dati statistici combinati in maniera da appoggiare le conclusioni sostenute.

Io non intendo di addentrarmi nel dibattito tanto più che potrei portare un contributo di osservazioni e di casistica assolutamente modesto, scopo del presente lavoro è di illustrare un caso di trombo-flebite settica del seno laterale d'origine otitica che ho avuto l'opportunità di trattare, e di mettere in rilievo l'esito fortunato che ho ottenuto con la tecnica adoperata.

S. E., anni 15, da Grosseto, calzolaio.

Niente da notare nell'anamnesi familiare. L'a. dice di aver subito nell'infanzia tre operazioni chirurgiche: una prima volta fu praticata una allacciatura arteriosa per emorragia traumatica, una seconda volta fu operato da una laringoiatra per vegetazioni adenoidi e polipi nasali, una terza volta subì l'incisione d'un ascesso voluminoso alla spalla destra. Tre anni sono cominciò ad avvertire dolori prima all'orecchio destro e dopo qualche giorno anche al sinistro. Coi dolori d'orecchi comparvero dolori di capo e rialzi termici e scolo purulento da ambedue i meati uditivi. A destra la quantità di pus era assai più notevole che a sinistra.

Si medicava in famiglia sotto la guida di un medico, però nonostante che le due prime settimane paresse molto migliorato, ha sempre continuato a recarsi di tanto in tanto da uno specialista per consiglio.

Da circa un mese i disturbi si sono andati aggravando. La cefalea che aveva a rari intervalli si è fatta fissa, gravativa con forti periodi accessionali specialmente alla metà destra del capo. L'otorrea è aumentata, a destra più intensa e fetida: tutte le sere ha T. da 37°,5 a 38° e oltre, è deperito assai, lagna una sordità sempre crescente. Perciò viene consigliato a entrare alla Clinica Chirurgica di Pisa.

Esame obbiettivo. — Ragazzo sviluppato normalmente, magro; nulla ai grandi apparecchi. Ogni sera ha rialzo termico di alcune linee, all'esame della parte si nota otorrea bilaterale. A destra esistono dei polipi nel condotto uditivo, una massa poliposa viene estratta attraverso l' otoscopio con una pinza, non esiste più traccia della membrana del timpano, nel fondo si vedono solo granulazioni, le manovre più delicate di detersione sono dolorosissime, esiste dolorabilità molto viva alla pressione anche leggera di tutta la regione mastoidea. A sinistra la membrana del timpano è ridotta ad una sottile falce posteriore, tutta la cavità dell'orecchio medio è piena di granulazioni rosso-scarlatte, l'esplorazione è meno dolorosa che a destra, esiste lieve risentimento mastoideo e solo alla punta.

Diagnosi. — Otite media purulenta bilaterale con mastoidite acuta a destra, sub-acuta a sinistra.

Operazione. — 27 febbraio 1920 (Fantozzi). Ossicloronarcosi. Incisione arcata retro-auricolare. Antrotomia con scalpello e sgorbia. Apertura dell'attico. La cassa è piena di granulazioni che vengono scucchiaiate, alcune rosso-fosco, altre pallide. Zaffo stipato.

Diario riassuntivo. — In 3ª giornata viene medicata la ferita che granuleggia regolarmente, notevole quantità di pus cremoso. In 5ª giornata la T. sale improvvisamente a 40° dopo brivido intenso; nella notte vomito; polso regolare, nessun segno meningeo.

Per quattro giorni si mantiene stazionario; il vomito si ripete a intermittenza; coscienza lucida, sensorio integro, intelligenza e riflessi normali, benessere relativo tranne cefalèa progressiva temperata da applicazioni di ghiaccio sulla testa: la T. si mantiene oscillante con sbalzi fra la norma e i 39° e oltre. Si fa una puntura lombare, estraendo liquido limpidissimo. Essendo l'infermo malarico e proveniente da zona malarica, si praticano senza resultato iniezioni di chinino. Nei giorni 7 e 8 marzo il vomito e lo stato generale si mantengono invariati, compare dolorabilità viva al collo dal lato operato lungo la regione carotidea, non esiste edema locale, la giugulare superficiale è turgida non si palpa la giugulare profonda; il polso tende a farsi raro (da 100 a 70), per la prima volta si nota rigidità della nuca e nistagmo leggero. Una nuova puntura lombare è negativa. Si decide di praticare una iniezione di novarseno-benzolo (10 ctg.), dopo la quale si ha un miglioramento notevole ma transitorio (discesa della T., senso di benessere, diminuzione della cefalea, cessazione del vomito). Presto però lo stato generale di nuovo si aggrava, cosicchè prendendo consistenza il dubbio di una trombosi settica del seno laterale si decide di intervenire nuovamente.

2ª *Operazione.* — 9 marzo (Fantozzi). — Detersione della cavità largamente purulenta. A colpi di sgorbia si scopre il seno per l'estensione di circa 4 cm. La parete membranosa è tesa, violetta, ma di colorito tendente al tendineo, con la puntura di un ago non si ottiene sangue, si scopre allora più largamente il seno in alto e in basso, e si incide vuotandone ampiamente la cavità dei coaguli contenuti. Zaffo stipato in alto e in basso.

Diario riassuntivo. — Medicatura quotidiana. Nel giorno successivo si rimuove lo zaffo e constatando che il drenaggio del seno si fa male con uno stuello di garza, che una volta inzuppato finisce per fare da tampone, non potendo, data la regione, demolire più largamente si dà a dominare più largamente tutto il seno interessato, si introducono nei due ca-

pi periferico e centrale due tubi di gomma punteggiati da forellini spingendoli cautamente finchè entrano con comodo. Ai tubicini di gomma si innestano due raccordi di vetro soffiato, gomitati opportunamente, e si fissano con due liste di cerotto alla cute e con due nastri ritorti alla testa. Irrigazione continua con siero fisiologico durante 2-3 giorni. Miglioramento rapido. Nei giorni successivi si incide un ascesso metastatico in una natica. Al 4° e all'8° giorno si ripetono le iniezioni di novarseno-benzolo (15 ctg.-25 ctg.). Miglioramento progressivo rapidissimo.

Dopo 4 settimane l'ammalato poteva lasciare il letto per qualche ora del giorno. Guarigione senza altri incidenti. L'infermo lasciò la Clinica molto tardi (18 agosto successivo) perchè la ferita chirurgica stentò a chiudere completamente, ed essendo di paese lontano non aveva modo di potersi curare ambulatoriamente. All'epoca dell'uscita i disturbi dell'altro orecchio erano scomparsi completamente.

Quale commento a questo caso fortunato debbo segnalare che fatta la diagnosi di trombo-flebite del seno laterale, e una volta deciso il secondo intervento, non fu nemmeno il caso di discutere se praticare o no la legatura della giugulare (preventiva o successiva) essendosi la famiglia opposta risolutamente. A conoscenza dei recenti successi ottenuti da Gradenigo avrei seguito probabilmente la tecnica e la regola da lui raccomandate.

La continua irrigazione dei due capi del seno ha sembrato avere in questo caso una grande efficacia. Nella Clinica Chirurgica di Pisa le irrigazioni e i lavaggi antisettici sono stati sempre considerati come inutili nella maggior parte dei casi, e qualche volta dannosi. Segnatamente poi sono stati prescritti dacchè l'attuale Direttore, prof. Taddei, in una serie di lezioni e di scritti (*Rif. Medica*, 1919, n. 38; *Giornale del Medico Pratico*, 1921, n. 7-8) ha insistito nel combattere gli errori e i pregiudizi che sostengono anche oggi una simile pratica poco chirurgica. Nell'ammalato di cui riferisco la storia non essendo possibile dominare tutta l'estensione del seno trombizzato e nemmeno prudente praticare manovre brusche di spremitura o di detersione con stuelli di garza sottile introdotti e spinti nel lume del seno dove il pus abbondantemente ristagnava, giudicai di applicare eccezionalmente l'irrigazione continua a scopo di drenaggio. Come liquido fu perciò adoperato il siero fisiologico comune lasciando da parte ogni antisettico. Dopo tre giorni diminuita la secrezione purulenta si tolse l'irrigazione medicando colle regole ordinarie.

Terminando merita un cenno speciale l'uso che in questo infermo si è fatto di iniezioni endovenose di arseno-benzolo. Da qualche tempo i chirurghi cercano un farmaco efficace da impiegare nelle forme setticemiche e setticopiemiche gravi. Le iniezioni endovenose, endomuscolari o sottocutaneee, i prodotti più vari organici e inorganici, antisettici e ipotermici (ultimamente i colloidi di metalli rari) sono stati sperimentati universalmente con resultati che mai hanno corrisposto in modo luminoso e costante. Si sono avuti successi isolati qualche volta brillanti, ma sempre tali da giustificare il dubbio se il vantaggio ottenuto fosse proprio legato alle virtù specifiche del rimedio. Nel nostro Istituto dopo una quantità di infruttuosi tentativi si è recentemente usato con qualche giovamento il novarseno-benzolo. Si pratica una iniezione ogni tre o quattro giorni, cominciando da dosi molto piccole (10-15 ctg.) crescendo di 10 ctg. nelle successive. In questo ammalato si può decisamente assicurare che il medicamento corrispose molto efficacemente.

Tale affermazione non ha soltanto per base il fatto d'esser l'infermo guarito nonostante le gravi condizioni, ma anche la costatazione che dopo ogni dose prontamente cessavano il vomito e la cefalea per far posto a un benessere insolito; la temperatura cadeva pure e nelle 24 ore dopo si aveva un rialzo minimo in confronto ai corrispondenti diagrammi degli altri giorni.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

La diagnosi di ineguaglianza pupillare per ripercussione simpatica.

(C. LAFON. *Revue Neurologique*, 1921, n. 275).

È noto che non tutte le ineguaglianze pupillari sono sintomatiche di una sifilide nervosa: l'ineguaglianza pupillare si riscontra anche in numerose lesioni unilaterali, acute o croniche del torace e dell'addome in modo tale che la pupilla più larga corrisponde al lato malato. Si sa anche che quest'ultima anisocoria non è costante, ma che compare quando si faccia dilatare la pupilla e scompare quando se ne provoca la contrazione, fenomeno inverso a quello che si osserva nella paralisi generale.

Roque (1869) cui si debbono tali osservazioni spiegava questa dilatazione pupillare unilaterale con l'azione riflessa della lesione sul centro cilio-spinale dello stesso lato.

C. Lafon cerca nel suo lavoro, di dimostrare i caratteri che permettono di differenziare

fin dall'inizio l'anisocoria della sifilide nervosa e l'anisocoria delle lesioni unilaterali.

Roque credeva che la midriasi unilaterale spasmodica era dovuta all'azione della lesione sul centro cilio-spinale dello stesso lato, il quale era così mantenuto in stato di eretismo. Il meccanismo è alquanto differente.

L'irritazione centripeta colpisce la colonna simpatica unilaterale del midollo e si propaga verso la corteccia: nel suo passaggio nel bulbo, essa si *ripercuote* sulle fibre pupillomotrici simpatiche dello stesso lato o, con maggior verosimiglianza, sul loro nucleo di origine. Essa viene dunque ad aggiungersi alla somma di eccitazioni psichiche sensitive e sensoriali che emanano da tutti i punti della corteccia e che condizionano la dilatazione fondamentale delle pupille: questo aumento unilaterale del tono simpatico si traduce con un accrescimento omolaterale della dilatazione, cioè con una anisocoria.

L'anisocoria è tanto più pronunziata quanto più debole è l'eccitazione luminosa: la convergenza accresce la tendenza all'anisocoria.

L'A. in appoggio di tale tesi descrive due casi osservati, e si sofferma a discutere un particolare: la dissociazione della sindrome di eccitazione delle fibre oculo-pupillari. Mentre ogni eccitazione agente direttamente sul simpatico cervicale o sulle fibre midollari provoca la nota sindrome (midriasi, allargamento della rima palpebrale, esoftalmo, vasocostrizione dell'emifaccia, ecc.), l'irritazione a distanza d'origine toraco-addominale non provoca che la sola midriasi.

È evidente che questa dissociazione non può spiegarsi che con la ripercussione dell'irritazione in un punto dove le diverse categorie di fibro simpatiche centrifughe non sono ancora riunite in un fascio, cioè nel bulbo. Adoperando una espressione di Thomas si può dire che questa midriasi è un fenomeno di «*ripercussione simpatica*». Chiamare questa anisocoria, onde distinguerla dall'altra provocata direttamente dall'eccitazione diretta del simpatico «*ineguaglianza per midriasi spasmodica di origine ripercussiva*» è troppo lungo, l'A. propone quindi di chiamarla «segno di Roque» dal nome di chi per primo ebbe a studiarlo.

L'A. conclude dicendo che:

1° Le ineguaglianze per ripercussione simpatica s'esagerano con l'oscurità: si attenuano e quasi scompaiono con la luce;

2° Le ineguaglianze sintomatiche di una lesione dei centri nervosi si esagerano alla luce mentre s'attenuano e talora spariscono nell'oscurità. MONTELEONE.

TERAPIA.

La prognosi del pneumotorace terapeutico.

(G. MALAN. *L'Ospedale Maggiore*, n. 6, 1921).

In una particolareggiata relazione, l'A. analizza i principali casi di tubercolosi polmonare ne' quali ha praticato dal 1914 al 1920 il pneumotorace di cui discute il valore terapeutico.

Riconosce l'A. che in tale discussione occorre prendere in considerazione solo i casi di pneumotorace totale con monolateralità della lesione, scartando i casi di pneumotorace incompleto che non infirmano la bontà del metodo.

È ormai ammesso che un pneumotorace completo in caso di lesione monolaterale ne migliora assai la prognosi: trattasi, purtroppo, però di una percentuale minima (circa il 6-8 % dei casi) e non tale da risolvere la questione sociale della tubercolosi. Le aderenze sono più frequenti di quanto si possa supporre, e nel metterle in evidenza più che all'esame obiettivo (mobilità attiva dei margini polmonari) ed all'esame radioscopico, la parola definitiva tocca al manometro, perchè si può ammettere con Letulle che in tutti i casi di tubercolosi polmonare un po' antichi esistono aderenze. Nelle forme maligne in individui deboli l'andamento rapidamente fatale non concede la formazione di aderenze e di ispessimenti pleurici che sono pur sempre l'indice di una reazione dell'organismo che lotta. La radiografia riesce preziosa durante il decorso successivo per mettere in evidenza la posizione di eventuali aderenze, talora la loro forma, e se lo stiramento è cospicuo tanto da far insorgere il pericolo di lacerazioni. In caso di aderenze è ovvio che la pressione già s'innalzi dopo l'introduzione di uno scarso volume d'azoto e si noteranno forti oscillazioni manometriche anche con pressioni elevate (oltre 70-100 mm. H_2O) appunto perchè il polmone non è compresso e la sua funzione non è abolita, mentre è noto che pressioni modiche (÷20 mm. e meno) possono bastare a comprimere polmoni con pleure libere di aderenze.

Se sono relativamente rari i casi nei quali il pneumotorace terapeutico è realmente indicato, si comprende quanto siano rari quelli nei quali è indicata la resezione multipla alla Wilms per ottenere la compressione del polmone! Forse in tali casi converrebbe completare la cura comprimendo l'emitorace ammalato con un bendaggio *ad hoc* sul tipo dell'emibusto del dott. Scarpa.

Nelle forme con focolai multipli (polmoni, ossa, ghiandole) non si darà mai un'importan-

za soverchia alle cure dello stato generale (iodio, arsenico, riposo, aria pura, buon nutrimento, elioterapia).

È ovvio che il pneumo parziale presenta pericoli maggiori (lacerazioni di aderenze, lacerazioni polmonari, pleuriti più frequenti) ed assai minori garanzie di guarigioni. Può favorendo un relativo riposo del polmone, determinare una sosta nel processo. Se l'organismo è capace di reagire, di lottare efficacemente e se collochiamo il paziente in ambiente favorevole di campagna, intensificando le cure generali, potremo ottenere una sosta prolungata od anche la guarigione clinica.

Se l'organismo è stremato di forze, dopo una sosta più o meno breve, il processo ripiglierà il suo fatale andare.

Le statistiche e la prognosi dipendono molto dal criterio direttivo del medico, se cioè si tratta di un interventista convinto che lo praticherà anche nei casi lievi guaribili cioè colla cura sanatoriale, o di un pessimista che sottoporrà alla cura solo i casi disperati, o di un medico giudizioso che ne terrà bene a mente le vere indicazioni: forme monolaterali in 2°-3° stadio nelle quali la mancanza di aderenze rendano il pneumotorace tecnicamente possibile e nelle quali non esistano altri focolai (intestinali, laringei, ecc.). Si calcoli che il pneumotorace va praticato per anni 1-1 e mezzo in media.

L'A. in 36 casi seguiti per oltre un anno ha notato 21 casi di pleurite (essudativa in 16, pioide in 5). In 25 casi osservati e curati per almeno tre anni, la guarigione si conserva completa in 10 casi, incompleta in 4. Non sono presi in considerazione i casi più recenti.

In base ad un solo caso osservato, l'A. non formula consigli sulla via da seguire negli ascessi polmonari: ritiene però che difficilmente il pneumotorace riesca a schiacciare così completamente il polmone da eliminare la cavità ascessuale, sia per la barriera sclerotica periascessuale, sia per le aderenze. Ciò può forse avvenire in caso di ascessi recenti. Sarebbero tanto più favorevoli i casi in cui l'ascesso è situato in alto. Il pneumotorace contribuisce ad ogni modo a facilitare lo svuotamento dell'ascesso nei bronchi e contribuisce alla guarigione dell'ascesso.

Per le forme bilaterali fibrose tubercolari, l'A. è d'opinione che non è indicato il pneumo, peggio se la forma è florida. Le osservazioni che per i fatti tubercolari fibrosi bilaterali, riferiscono i vari autori, dimostrano che i pazienti possono forse tollerare la cura, ma non ne dimostrano l'utilità.

L'A. ha praticato anche parecchie ricerche sul comportarsi della pressione sfigmomanometrica nei tubercolosi sottoposti alla cura pneumotoracica. Non ha ricavati dati speciali, all'infuori di una impressione che la pressione (di solito inferiore alla norma, come è noto, nei tubercolotici) venga aumentando grado grado col miglioramento generale del paziente. La formula leucocitaria ricercata nel sangue in parecchi casi di versamenti pioide ha dimostrato un numero di leucociti maggiore dei linfociti.

La viscosimetria (con l'apparecchio di Hess) dei versamenti pleurici limpidi non ha consentito al Malan, di stabilire dati prognostici, salvo il fatto d'ordine generale che una viscosità elevata implica, ma non sempre, un riassorbimento più difficile e lento.

Delle eventuali complicazioni *l'embolia* può essere sicuramente evitata con una tecnica giusta: non dar mai la via libera all'azoto se non quando le evidenti e caratteristiche oscillazioni respiratorie della colonna manometrica, od il forte abbassamento nei pneumotoraci ad alta pressione, attestino che l'ago trovasi libero nell'ambiente pneumotoracico (Forlanini).

L'eclampsia pleurica è rarissima e va curata come un deliquio.

Le *pleuriti* non vanno considerate come un fatto favorevole o trascurabile. Trattasi di una vera complicazione tanto quando il liquido è limpido che quando esso è pioide. *Il timone sfugge dalla mano del medico o funziona male.*

Se questi non sorveglia il comportarsi del versamento possono stabilirsi in seguito ad improvviso riassorbimento, aderenze che rendono talora impossibili ulteriori rifornimenti. L'esistenza di un versamento consiglia una asepsi ancor più rigorosa (bollitura del tubo di gomma a secco, ossia chiudendo alle estremità il tubo con una Péan prima di ogni rifornimento!).

Possiamo forse avere un'influenza sulla genesi delle pleuriti riducendo il numero dei rifornimenti e la pressione al minimo necessario e sufficiente. L'A. ritiene che in genere convenga svuotare il liquido pleurico, specialmente se pioide, sostituendolo con azoto. Serviranno di criterio, del resto, il comportamento della temperatura, considerazioni di ambiente, ecc.

Ad ogni modo se le pleuriti per ora non sono sempre evitabili, lo sono le perforazioni polmonari con una buona tecnica, rifuggendo dalle pressioni soverchie, sorvegliando il comportarsi delle aderenze con la radioscopia.

Con pleure normali basta in genere una pressione positiva di ÷ 10 + 20 mm. per mettere a riposo un polmone. Il pneumotorace saccato con pressione anche ÷ 150 mm. H_2O non immobilizza il polmone ed espone al pericolo di lacerazioni.

Tenendo sempre presente che il pneumotorace non è che una cura sussidiaria della cura fondamentale basata sull'irrobustimento dello stato generale mediante il vitto, l'aria pura, il riposo, insomma la buona igiene, si tenga conto per la prognosi della possibilità o meno per il paziente di poter usufruire di questi mezzi di cura generale.

L'ideale certo è di praticare il pneumotorace in un sanatorio.

Si comprende senz'altro che mentre la polmonite caseosa, la tubercolosi miliare, hanno una prognosi gravissima ed escludono senz'altro il pneumo, l'esistenza di caverne, le lesioni diffuse, la broncopolmonite tubercolare ne aggravano la prognosi, mentre l'esistenza di una forma nodulare sparsa, limitata ad un lobo o di una forma fibrosa comportano una prognosi più favorevole! MONTELEONE.

FISIOPATOLOGIA.

Sulla tubercolosi del sistema linfatico.

(R. PHILIP. *British med. Journ.*, 28 genn. 1922).

Ogni manifestazione tubercolare locale indica la già avvenuta invasione del sistema linfatico, e deve destare allarme per l'ulteriore possibile diffusione.

Negli animali di laboratorio è facile vedere una lesione locale nel punto d'inoculazione, lesione primaria, preceduta da un periodo detto dall'A. prima incubazione, per analogia con la sifilide, onde chiama poi seconda incubazione il periodo che precede le tumefazioni glandolari, che iniziano dalle glandole più vicine al punto d'inoculazione. Nell'uomo è difficile mettere in evidenza una lesione primaria, anche se la porta d'ingresso è stata la pelle o le mucose visibili, evenienza la più frequente secondo l'A.; è più difficile ancora nel fanciullo i cui tessuti succulenti si lasciano traversare dai bacilli senza che resti traccia del loro passaggio, e il punto più vulnerabile è la regione tonsillare. In accordo con quest'ultima veduta è il fatto che le tumefazioni glandolari iniziano nella regione sottomascellare e sopraclavicolare estendendosi a ventaglio dall'angolo della mandibola in basso: le ghiandole sono consistenti ed hanno poca tendenza alla caseificazione e al rammollimento.

Tanto più devono porre in allarme le grosse tumefazioni deformanti, le ghiandole in via di rammollimento: l'intervento chirurgico in questi casi deve avere valore di semplice cura sintomatica; s'impone un esame accurato che metterà in evidenza altri gruppi di glandole affette, e bene spesso di segni di intossicazione generale. La vaccinoterapia tubercolinica in questi stadi provoca generalmente la riduzione degl'impacchi glandolari e pone termine alla stasi linfatica, causa non trascurabile del classico aspetto scrofoloso.

Mentre nei popoli più civili lo stadio delle linfadeniti multiple si presenta di preferenza nel fanciullo, nei popoli meno civili, trasportati in Europa (ad es. i Senegalesi, durante la guerra) si produce nell'adulto, rapidamente, con gravi sintomi tossiemici, frequentemente seguito da esito fatale. Nelle loro sedi i Senegalesi sono quasi immuni da tubercolosi, salvo quelli che, abitando nei centri urbani, hanno rapporti coi coloni europei (concezione già formulata dal Sanarelli. *N. d. R.*).

L'ulteriore diffusione dell'infezione accade spesso a tappe per via linfatica: può più rapidamente avvenire per contiguità, o per rottura di una glandola rammollita in un vaso, un bronco, ecc.; talora dalle ghiandole cervicali si diffonde subito alle toraciche o alle addominali, talora queste sono le primitivamente colpite, secondo il punto di penetrazione dei germi, come è facile dimostrare nelle cavie, inoculate rispettivamente all'anguine e alla regione cervicale.

L'A. conclude affermando che alla tubercolosi del sistema linfatico deve darsi maggiore importanza: che in tutti i pazienti vanno esaminate con cura tutte le stazioni glandolari accessibili all'indagine clinica, e specialmente quelle più di frequente affette; quest'esame va ripetuto periodicamente nei fanciulli anche apparentemente sani. Gl'interventi, a scopo estetico, o per vuotare una raccolta in procinto di ulcerarsi, devono avere la minima estensione. Le lesioni tubercolari del sistema linfatico si curano efficacemente con la vaccinoterapia sistematica. DORIA.

AVVERTENZE.

I quesiti devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente.

LA REDAZIONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI

KLEMPERER. *Grundriss der klinischen Therapie innerer Krankheiten* (in-16, pagg. 237, Urban e Schwarzenberger, 1922, Mk. 86.40).

Questo compendio di terapia delle malattie interne è derivato da una serie di conferenze, che il clinico berlinese tenne ai medici tornati dalla guerra. Nella non grande mole del volume il Klemperer ha esposta, riunendola in altrettanti capitoli, la cura generale e sintomatica delle malattie dei singoli apparati o sistemi (appar. gastrointestinale, sangue, reni, ecc.), nonchè delle malattie infettive e degli avvelenamenti. Chiude il libro un ricettario dei medicamenti raccomandati, fra cui figurano — come del resto in tutto il volume — numerosissime specialità, beninteso tutte di produzione tedesca.

Noi riconosciamo quanto sia sempre arduo racchiudere in brevi linee, necessariamente generali, i principî e i metodi di cura delle malattie. L'A. ha assolto bene questo compito. Ma l'avere tenuto questa via non gli ha permesso di dàr posto a nozioni un po' fini a consigli diversi da quelli costituenti il comune patrimonio terapeutico di ogni medico.

Questo libro elementare di terapia clinica può giovare al pratico esordiente.

g. sabatini.

ROMANI R. *Alterazioni delle ghiandole a secrezione interna nel tifo addominale* (in-8, pagg. 204, Roma, Ed. Tipogr. Bodoni, 1921).

L'argomento trattato dal Romani è indubbiamente arduo, per la difficoltà di esame delle ghiandole endocrine, per le oscure correlazioni agoniste od antagoniste delle medesime, per le imperfette conoscenze, e spesso per i contraddittorî presupposti teorici che si trovano ancora nel campo dell'endocrinologia.

L'A. ha premesso al suo lavoro interessanti e lucide pagine riassuntive delle questioni moderne e delle attuali nostre conoscenze scientifiche riguardanti il suo tema. Quindi seguono i protocolli di estese ricerche cliniche ed anatomo-patologiche e le conclusioni da esse desumibili, nell'enunciare le quali l'A. si è dimostrato prudente ed obbiettivo. Fermando l'attenzione sui casi clinici che l'A. riporta, il lettore trova numerosi dati di fatto notevolmente interessanti. *g. sabatini.*

MUZIO D. CARLO. *Geografia medica.* Un vol. in-16 (manuale Hoepli), di pag. 1181, con 56 tavole, rilegato. — Hoepli ed., Milano, 1922. Prezzo L. 48.

L'A. esamina i diversi problemi che possono interessare il medico, peculiari ad ogni regione della terra; il clima, le acque termali e minerali, la nosografia, le piante medicinali, o velenose, ecc. La parte generale è consacrata allo studio della emigrazione e colonizzazione, dell'ambiente fisico, della acclimatazione, alimentazione, abitazione, ecc. Il volume è una ricca miniera delle più svariate cognizioni che non si saprebbe dove ritrovare altrove. L'emigrante, il medico, che si reca all'estero, e quello che non intende limitare le proprie conoscenze igienico-sanitarie entro i confini del «natio borgo», troveranno in questo libro, frutto di coltura e di esperienza, un'utile guida.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria dell'8 gennaio 1922.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, presidente.

Meningiti cerebrospinali da meningococco e da pneumococco dopo operazioni e traumi sul capo.

Prof. R. BASTIANELLI. — L'O. porta il contributo della sua esperienza sulle cause delle meningiti cerebrospinali dopo operazioni e traumi sul capo. Egli ritiene che l'infezione si abbia per la via ematica, si tratti di una batteriemia, e che il trauma determini favorevoli condizioni per l'attecchimento; i primi ad essere invasi pare siano i ventricoli per alterazione dei plessi coroidei. I traumi, le operazioni determinerebbero un disturbo dei plessi coroidei e quindi la probabilità di attecchimento dei germi.

Egli ritiene perciò probabile che i germi possano entrare nel torrente circolatorio non solo per le ferite ma anche dopo ed in molti casi per le tonsille.

Il prof. ALESSANDRI ricorda un caso occorsogli parecchi anni fa in una bambina con un meningocele frontale (nella glabella) che non presentava alcun fatto di flogosi naso-faringea, e in cui la ferita operatoria procedeva asetticamente, in cui si ebbero fatti di meningite con reperto di diplococco, con esito letale.

Egli allora pensò l'infezione fosse avvenuta attraverso il naso-faringe poichè era l'opinione corrente: ora non esclude che anche in quel caso si sia potuto verificare un'infezione per la via ematica. La questione è ancora discussa e il contributo portato è certamente importante se non risoluto in modo decisivo.

Il prof. VALAGUSSA dice che il dato patogenetico del trauma lo si ricerchi sempre sia nelle meningiti tbc. che nelle meningiti acute in genere. Studiando le localizzazioni purpuriche nei lattanti dal 1918 ha potuto coltivare in tempo di epidemie di meningite cerebro-spinale il meningococco dall'infondibulo faringeo e dalle petecchie: qualcuno di questi colpiti da porpora è morto di meningite cerebro-spinale. Dal punto di vista bat-

teriologico ha veduto in questi ultimi anni maggior numero di casi di tipi di meningococco II di Ellis o B di Dopter. Nei quattro tipi di meningococchi noti dobbiamo annoverare probabilmente i parameningococchi ed è certo che dobbiamo pensare alla possibilità di trasformazione dei tipi o per il terreno in cui vivono o per speciali condizioni biologiche che a noi sfuggono. Praticamente dobbiamo valerci di sieri polivalenti sia ottenuti per l'immunità attiva con parecchi ceppi o per miscele di vari sieri monovalenti ottenuti coi 4 tipi di meningococchi.

Prof. T. PONTANO. — Pensa che il contributo del prof. Bastianelli rende un fatto accertato quello che era un'ipotesi etiologica.

Egli è fautore dell'ipotesi che la bacterioemia preceda la localizzazione del meningococco nelle meningi. Ricorda le ricerche di Henri e porta il contributo personale in un caso di setticoemia meningococcica con localizzazione sottopiale da meningococco B. Crede che nei malati, che devono subire operazioni sul cranio, sia opportuno un esame bacteriologico del rino-faringe, per evitare di intervenire sui portatori, nei quali più facile può essere la bacteriemia e le complicazioni meningee. Aggiunge che la cura deve tener conto del tipo di meningococco, e la sieroterapia, quando la diagnosi del tipo sia fattibile in poco tempo, deve essere eseguita con sieri specifici monovalenti che dànno il maggior affidamento.

Prof. GOSIO. — Fa un'osservazione d'ordine profilattico: una volta dimostrato che certi traumi del capo, anche inerenti ad operazioni chirurgiche, predispongono alla meningite è utile fare, per le ferite in genere, una profilassi antimeningococcica così come si usa fare dovunque la profilassi antitetanica. Che il consiglio viene accolto poichè non si conosce a quale tipo apparterrà il meningococco che può attecchire meglio sarebbe usare o sieri polivalenti o i vari sieri monovalenti da iniettarsi a ciclo ciò perchè la terapia monovalente è assai più attiva per la gran copia di anticorpi che mette in circolo. Comunque, intervenendo in tempo col siero, si avrà una garanzia di più.

Virus rabico ad esclusiva virulenza sottodurale.

Prof. V. PUNTONI. — L'O. illustra un virus fisso che ha perduto la virulenza sottocutanea ed oculare conservando quella sottodurale e cerebrale. Questo virus è quello adoperato per le vaccinazioni antirabiche nell'Istituto di Roma. La perdita pressochè costante del potere patogeno endooculare del v. rabico che l'O. ha potuto constatare è un fatto prima non registrato. Questa modificazione biologica non sembra riuscire dannosa agli effetti vaccinanti; al contrario, la assoluta perdita del potere patogeno sottocutaneo, è un carattere che può essere favorevolmente utilizzato sotto il punto di vista della vaccinazione, permettendo l'uso di vaccini molto forti (attenuati pochissimo) con assoluta tranquillità.

In base a questa osservazione, la vaccinazione antirabica, con la serie dei vaccini fenicati a crescente virulenza, si è potuta intensificare arrivando con tutta sicurezza al vaccino n. 1.

Il prof. GOSIO osserva che un gran numero di fallimenti nella trasmissione della rabbia agli animali, egli li ha avuti con qualunque virus inoculato sotto cute. La via sottocutanea è la più incerta; viene dopo la via corneale, assai meno fallace che la sottocutanea; quindi viene la sottodurale che è la più certa.

La cronometria della masticazione.

Prof. P. DORELLO. — Ha studiato in 25 soggetti giovani e con apparecchio masticatorio perfettamente integro la durata dei movimenti masticatori e delle loro fasi, servendosi di un semplicissimo apparecchio da lui ideato.

Le conclusioni principali alle quali è giunto sono le seguenti:

I movimenti masticatori manifestano una regolarità di ritmo ed una uniformità, che è propria dei movimenti che si producono per meccanismo riflesso o per automatismo.

Delle quattro fasi che costituiscono una rivoluzione masticatoria la più lunga è quella durante la quale i denti rimangono ravvicinati, la più breve è quella durante la quale avviene l'innalzamento della mandibola.

Gli atti masticatori sono più rari nella masticazione a vuoto, si fanno più frequenti masticando vari cibi.

Molti agenti esterni hanno una notevole influenza sul ritmo masticatorio.

Una musica a tempo molto allegro l'accelera, una a tempo molto lento lo ritarda e queste influenze sono più evidenti nella masticazione a vuoto.

Gli stimoli gustativi piacevoli hanno influenza debole o nulla; i poco graditi lo rallentano.

Anche gli stimoli dolorosi rallentano il ritmo ed agiscono come inibitori sulla fase di abbassamento.

Il controllo dell'esame ematologico nella cura delle leucemie.

Dott. M. GHIRON. — Dopo aver accennato ai vari metodi di terapia si sofferma sulla radioterapia che alcuni vorrebbero blanda, altri intensa, e riferisce poi sull'esame ematologico da lui eseguito in 7 casi di cui tre molto gravi che sono stati trattati con applicazione di raggi assai blandi, per tre giorni consecutivi. In tutti i soggetti si è avuto notevole miglioramento.

Sulla volatilizzazione fermentativa dell'arsenico.

Prof. A. MISSIROLI. — Riferisce su le ulteriori ricerche da lui eseguite e che furono già oggetto di altra comunicazione. Il fenomeno si riduce ad una semplice scissione di taluni sali.

GOSIO dice di non doversi neppur parlare di arseniomiceti se il fenomeno è ridotto alla scissione di sali e aggiunge qualche notizia sulle fenilarsine usate in guerra come vomitogeni. Sono gli unici sali d'arsenico non gassificabili dalle muffe, forse per il loro forte potère antisettico.

E. GROSSI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Un notevole caso di nevroma plessiforme.

Crouzon, Bouttier, Mathieu, rendono pubblico nel *Bulletins et Méroires de la Soc. Méd. des Hôpit.* (Paris, 1921), un caso di malattia di Recklinghausen.

Si tratta di una ventitreenne ricoverata alla Salpêtrière per voluminoso tumore lombare e delle natiche nella cui anamnesi familiare e personale nulla figura di notevole se si eccettui una osteite suppurata della gamba sinistra sofferta a sei anni, affezione per la quale subì l'amputazione dell'arto stesso.

A 14 anni cominciò a notare nella porzione superiore della natica destra una tumefazione che a poco a poco aumentò di volume: nel 1919 la tumefazione restò stazionaria, ma su di essa si produssero vere piaghe di lenta guarigione e recidivanti.

È da notare che fin dalla nascita la paziente aveva su tutta la regione lombo-glutea un voluminoso neopigmentario e che a 21 anni comparvero piccole tumefazioni disseminate sul corpo e sugli arti superiori raggiungenti al massimo il volume di un pisello.

All'es. ob. attualmente gli AA. notarono: Piccole neoformazioni, numerose specialmente al tronco ed alla cintura (fibromi o neurofibromi); sono essi piccoli nodi di volume variabile da una testa di spillo a un grosso pisello: uno grande quanto una nocciuola, sull'avambraccio destro. Alcuni hanno consistenza fibrosa, altri sono molli. Nessuno sessile.

Numerosi nei pigmentari si riscontrano sulla regione cervicalle sinistra, sulla coscia sinistra, sull'ascella destra, sul braccio destro, sulla gamba destra, ed uno estesissimo occupante tutta la regione lombare e dorsale inferiore, tutta la regione delle natiche. Oltre ciò si nota un voluminoso nevroma plessiforme costituito da una voluminosa massa trilobata, sviluppata a spese del tessuto delle natiche, di consistenza molle, gelatiniforme: su di esso si trova il preesistente neopigmentario, tracce di cicatrici operatorie e piaghe irregolari che spiegano gli accessi febbrili di tanto in tanto accusati dalla malata. Nessuna malformazione scheletrica, nessun fatto patologico psichico.

Questa malata dunque è uno dei più tipici casi di malattia di Recklinghausen; dei tre elementi che permettono tale diagnosi, nei pigmenteri, neurofibromi, nevromi plessiformi, è il terzo il più raro ma è proprio quello che nella malata in questione è il più saliente. MONT.

Ipernefroma dello sterno.

J. A. Mac Leod e W. F. Jacobs (*Medical Record*, 3 dic. 1921), riportano due casi di ipernefroma secondario dello sterno.

Il primo riguarda un uomo di 54 anni che entrò in Ospedale con diagnosi di aneurisma aortico e che presentava una tumefazione pulsante in corrispondenza dell'articolazione manubrio-sternale; la pulsazione però non era espansiva, bensì propagata. La R. W. fu negativa; come pure negativo fu l'esame delle orine e del liquido cefalo-rachidiano. Furono contati 11.600 leucociti con il 76 % di polinucleari. Eseguita una biopsia si fecero dei preparati microscopici che dettero il seguente risultato: tessuto in gran parte formato da cellule, con pochissimo stroma. Le cellule erano grandi con un protoplasma chiaro ed un nucleo centrale intensamente colorato. La forma delle cellule era rettangolare, cuboidale, in qualche punto con disposizione a colonne. Per di più nel tessuto neoplastico esistevano delle emorragie. In base a questo reperto fu posta la diagnosi di ipernefroma. La cistoscopia non accertò la presenza di tumore renale, però nel sedimento urinario furono osservate cellule del tutto simili per caratteri morfologici a quelle viste nei campioni biopsici. Il paziente venne a morte e non si potette eseguire la necroscopia.

Il secondo caso fu molto simile al precedente per decorso clinico. In quest'ultimo fu potuta praticare la necroscopia e si trovò un ipernefroma nel rene di sinistra. RADOGNA.

Sopra un caso di carcinoma del polmone.

G. A. Friedmann (*Medical Record*, 3 dicembre 1921) riporta il caso di un paziente che entrò in Ospedale perchè da qualche mese soffriva di debolezza, dolori al precordio e all'epigastrio, dispnea e abbassamento di voce. L'esame obbiettivo presentava: torace ristretto, diminuita espansibilità dell'emitorace sinistro, ottusità alla percussione dall'apice alla 3ª costa anteriormente, e dall'apice alla spina della scapola posteriormente a sinistra, fremito vocale tattile e murmure vescicale diminuito su tutto l'ambito polmonare sinistro. Sulla cute del 2° spazio intercostale di destra e sulla cute della natica sinistra si notavano noduli della grandezza di un pisello, duri, spostabili. La R. W. fu negativa. L'esame delle orine fu negativo. Il sangue conteneva 15.200 cellule bianche con il 43 % di polinucleari, il 53 % di linfociti, l'1 % di eosinofili e l'1 % di

forme di passaggio. Esisteva spiccata anemia secondaria. L'esame del succo gastrico dava: H Cl libero 7 - Acidità totale 39 - Acido lattico assente - Bacilli di Boas-Oppler assenti. L'esame radioscopico mostrò un'opacità occupante la parte superiore del polmone di sinistra e del mediastino; questo reperto è caratteristico dei tumori endotoracici. Un nodulo escisso dalla cute rivelò la struttura del carcinoma alveolare.

Il p. venne a morte dopo breve soggiorno in Ospedale.

RADOGNA.

La prognosi del cancro del seno.

G. Percival Mills (*The British Journal*, ecc., rif. *Presse Medical*, n. 69, 1921), prendendo come criterio di guarigione lo spazio di sei anni, esamina i risultati ottenuti da vari chirurgi. Sulla totalità dei casi, l'A. nota 39,8 per 100 di guarigioni, 18,3 per 100 nei casi con interessamento dei gangli, 62,9 per 100 in quelli nei quali i gangli erano integri.

Il prognostico è più grave nei cancri semplici (32,9 per 100 di guarigioni), migliore nel tipo squamuoso (40 per 100), ancor migliore nel cancro semplice (57,1 per 100), ottima nel cancro del tipo papillare (100 per 100).

L'esistenza di gangli nell'ascella, anche induriti, non prova che ivi sia avvenuta l'invasione neoplastica, come l'assenza clinica di gangli patologici nell'ascella non significa che questi gangli siano indenni.

L'età del soggetto nel momento dell'operazione, l'antichità del tumore, l'aderenza alla pelle hanno scarsa influenza sulla prognosi: al contrario cattiva prognosi viene dall'aderenza al piano muscolare. Fra i casi nei quali il muscolo è libero e quelli nei quali aderisce, si nota una differenza del 30 per cento nella statistica delle guarigioni.

La prognosi è migliore nei soggetti non malandati; pessima negli obesi, incerta nei magri.

Dal punto di vista dei metodi operatori, l'A. trova che la tecnica di Handley dà i migliori risultati, specie nei casi in cui i gangli non sono colpiti: la tecnica di Halstead segue subito dopo.

Tutti i casi operati precocemente, prima di ogni invasione ganglionare, sono con fortunato esito trattati con l'ablazione del seno, della fascia pettorale, dei gangli ascellari.

Infine talora si nota, contro ogni aspettativa, qualche ottimo risultato in interventi, manifestamente incompleti, su cancri avanzati.

MONTELEONE.

TERAPIA.

La corrente alternata di alta frequenza nel trattamento delle ferite.

L'energia elettrica, sotto forma di corrente alternata di alta frequenza possiede azioni microbicide, ed esercita inoltre un potere eccitante notevole sull'attività cellulare sia animale che vegetale. I risultati favorevoli che, con l'applicazione dell'alta frequenza, si ottengono in molte affezioni della cute e delle mucose (retto, vagina, naso, gola, ecc.) di natura parassitaria e batterica, hanno suggerito a S. Massimi (*Riv. Ospedaliera*, 1921, n. 21-22) l'idea di sperimentarne l'azione sul decorso delle ferite.

Egli si è servito della corrente alternata ad alta frequenza della tensione di 25,000 volts e della intensità di 2-3 milliampères, fornita da un semplicissimo apparecchio, alimentato dalla corrente stradale; il conduttore, che si innesta all'apparecchio, termina con un manico di ebanite a cui si applica un tubo di vetro ad aria rarefatta alla pressione di circa 5 mm. di mercurio. Tali tubi sono quelli comuni di Mac Intyre, modificati dall'A. nella forma, in modo da renderne più adatta l'applicazione alle ferite. Il tubo, dapprima sterilizzato con soluzione fenica al 5 %, passato in alcool ed asciugato con garza sterile, viene applicato per 5-10 minuti, facendosi poi la comune medicatura.

Il malato non avverte aumento di sofferenza; anzi, l'applicazione se è fatta subito dopo l'intervento chirurgico produce analgesia. Il fenomeno più importante però consiste nella maggiore attività della circolazione; se la ferita è recente, si ha un gemizio sanguinolento o siero-sanguinolento, nelle ferite granulanti si ha un flusso, talora abbondante, di linfa; nei seni fistolosi e soprattutto in quelli infetti delle tubercolosi chirurgiche, si ha subito fuoriuscita a nappo del pus. L'alta frequenza, come risulta anche da esperienze dell'A. sugli animali poi, oltre all'azione detersiva dall'esterno all'interno verrebbe anche ad influenzare favorevolmente il processo di riparazione dei tessuti; nessun effetto, invece, produce sulle superfici necrotiche.

L'A. riporta quindi 42 casi trattati con questo metodo; i paterecci cutanei guarirono rapidamente (2-7 applicazioni), quelli sotto cutanei in 8-40 giorni; nei foruncoli e favi, l'alta frequenza, applicata all'insorgere dell'induramento, ha dato in molti casi la risoluzione, nelle forme piccole il disseccamento; negli ascessi si è avuta spesso la guarigione in 2-8 giorni; pure buoni risultati si sono avuti spesso in ragadi, piaghe, ulceri. Nelle tubercolosi chirur-

giche, fistolizzate, settiche, con febbre e, dopo inutili trattamenti con antisettici, si è avuto, in 3 casi su 4, la sterilizzazione dei seni, cioè la forma tubercolare aperta settica, ricondotta allo stato di tubercolosi pura.

Con esami batteriologici, l'A. potè rilevare che nella maggior parte dei diversi casi trattati, si era raggiunta la sterilizzazione della ferita, negli altri casi il numero dei germi si era di molto ridotto e così pure ne era diminuita la virulenza.

L'A. conclude quindi che l'applicazione dell'alta frequenza costituisce un metodo di cura efficace (anche abortivo) delle ferite ed è al tempo stesso semplice ed economico. *l. b.*

L'irradiazione dei tumori maligni.

Perthes (*Arch. klin. Chirurgie* e *Presse méd.*, 3 settembre 1921) osserva che con il radio o con i raggi X non si può guarire un carcinoma inoperabile: tutt'al più, p. e., nei cancri del collo uterino, si potrà rendere operabile uno che non lo era. La questione dell'efficacia va quindi limitata alla scelta fra operazione ed irradiazione.

Carcinomi della pelle e delle labbra. L'irradiazione dà buoni risultati, ma bisogna completarla con l'exeresi, se rimane un punto ribelle.

Carcinoma della lingua. È molto resistente ai raggi, il radio invece ha dato qualche buon risultato; si possono forse combinare i due metodi e continuare con essi, tanto più data la gravità dell'operazione.

Carcinoma delle guancie, mascellari, del faringo-laringe, delle mammelle: l'A. è favorevole all'operazione; per l'*esofago*, invece, data l'inaccessibilità, si ricorre al radio, e così pure per il collo uterino, in cui tale metodo ha dato i successi più brillanti. Per il *retto*, l'A. rimane indeciso, e ritiene che si debba però applicare la radioterapia in caso di recidive locali.

Risultati variabili si ottengono nel *sarcoma*: qualche speranza può aversi nei tumori dell'ipofisi e nei fibromi naso-faringei.

fil.

Röntgenoterapia della tubercolosi del testicolo e dell'epididimo.

La röntgenoterapia della tubercolosi del testicolo e dell'epipidismo può condurre a guarigione secondo L. Freund (*Wiener Klin. Wochenschr.*, n. 42, 1921), purchè il processo specifico sia localizzato in questi soli organi. Nei casi più gravi nei quali sono già ammalate le glandole seminali, la prostata, la vescica o il rene, si ottiene spesso un arresto del processo; nelle lesioni fistolizzate si ottiene la cicatrizzazione delle fistole, nelle lesioni unilaterali si evita la diffusione al testicolo sano. L'A. raccomanda di usare dei raggi poco duri, non molto intensi, piccole dosi singole, distribuite in numerose sedute successive. Nessun vantaggio offre l'irradiazione con raggi duri e intensi. È sempre necessaria una contemporanea cura generale.

K. Ullmann al contrario (*Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 46, 1921), raccomanda nei casi di tubercolosi del testicolo l'irradiazione profonda. POLLITZER.

L'autovaccino e l'autoalbumina nelle complicazioni gonococciche.

H. Hecht (*Berl. Klin. Wochensch.*, 1921, numero 17) in considerazione delle difficoltà nella coltura del gonococco, propone di utilizzare i gonococchi nel loro ambiente naturale, la stessa orina del malato, ed anche gli stessi leucociti orinarii, a titolo di autoproteinoterapia.

Si fa orinare l'ammalato, al mattino in un bicchiere conico sterile, poi si centrifuga (o si filtra) lavando due volte con soluzione fisiologica. Il centrifugato (od il residuo sul filtro) si diluisce in 4 volte il suo volume di soluzione fenica a 0,25 =, ciò che dispensa da ulteriore sterilizzazione, oppure in acqua distillata (in tal caso il vaccino va poi tyndalizzato). Si distribuisce in fialette da 1, 2, 5 cmc. L'iniezione si fa nei muscoli a dosi di cmc. 0,5, 2, 3, 5, ogni due giorni; è sempre seguita da febbre. L'A. ha ottenuto buoni risultati nella prostatite, epididimite, artrite, pielite blenorragiche. *fil.*

L' uso del violetto di genziana in terapia.

Fra le varie sostanze, di cui è stata recentemente studiata l'azione chemoterapeutica, è da citarsi il violetto di genziana; esso è particolarmente indicato nella pioartrosi del ginocchio, dovuta a germi gram-positivi. Previa anestesia locale, si riempie la cavità articolare con soluzione fisiologica, che si fa poi uscire, ripetendo la manovra fino a che il liquido fuoriesca limpido, si inietta allora la soluzione di violetto di genziana a 1 ‰, lasciandola per 5 minuti, sostituendola poi con soluzione a 1/10,000, che si lascia nell'articolazione.

B. H. Waters (*Am. Rev. of tuberc.* e *Medical Review*, dicembre 1921) ha trattato analogamente con successo, due casi di piopneumotorace, complicanti il pneumotorace artificiale; in uno di essi, 3 giorni dopo l'iniezione di gas,

si ebbero dolori toracici, dispnea, e si estrassero dalla pleura 350 cmc. di liquido torbido, contenente stafilococchi e diplococchi; le condizioni dell'ammalata peggiorarono, febbre alta, polso 160, respiri 52. La cavità pleurica venne allora irrigata con un litro di soluzione fisiologica, poi con soluzione 1:5000 di violetto di genziana, che si tenne in cavità per diversi minuti, lasciandone alla fine 150 cmc. Al mattino dopo, si notò caduta critica della temperatura, polso e respiro; il trattamento venne continuato nei giorni seguenti, aumentando leggermente la concentrazione, fino a 1:2500. Dopo 4 settimane, l'esame microscopico e le colture diedero risultati negativi; le irrigazioni vennero poi sospese, lasciando però nella cavità pleurica, un poco di soluzione. Degno di rilievo è il fatto che il violetto di genziana, pur essendo efficace contro i cocchi, non lo è affatto contro il bacillo tubercolare, che rimane vivo non ostante il trattamento; esso però al contrario dei cocchi è abbastanza bene tollerato dalla pleura. *fil.*

Asepsi della pelle del malato e del chirurgo.

Il dott. Sorel, già allievo di Lister e di Championnière, dopo aver passato in rivista i vari mezzi successivamente usati in chirurgia per l'asepsi della pelle del malato e del chirurgo — calore, antisettici, spray, acqua sterile, tintura d'iodio, ecc. — espone il metodo che egli da sei anni usa con successo.

Come per la tintura d'iodio, senza preventivo lavaggio, fa a secco una medicatura del campo operatorio con una soluzione di mastice al cloroformio che denomina *mastisol* (mastice gr. 20, cloroformio gr. 50, olio di lino gr. 1); in ciascun lato della linea d'incisione pone una compressa asettica che rimarrà aderente durante tutta l'operazione e metterà certamente al sicuro dal contatto con la pelle, le compresse, gli strumenti, i fili, i guanti, ecc.

Terminata l'operazione, l'A. scolla i bordi delle compresse per fare un'accurata sutura, toglie poi le compresse, medica con *mastisol* la linea di sutura.

Il metodo, continua l'A., è semplicissimo nè presenta gli inconvenienti della tintura di iodio, nel mentre realizza l'asepsi meccanica del campo operatorio. MONTELEONE.

NOTE DI TECNICA.

Isolamento dei bacilli tifo-paratifi delle feci.

Per facilitare tale ricerca, P. Levy (*Presse méd.*, 3 settembre 1921) consiglia di sostituire al noto metodo dello strisciamento su piastre con terreno di Drigalski, la tecnica seguente, che rappresenta una modificazione della coltura ascendente del Gorini.

Nell'agar Drigalski, solidificato a becco di flauto in tubi, si fa, per mezzo di una spatolina di platino sterilizzata, una stria longitudinale, profonda 1-2 mm., che parte dall'estremità inferiore della superficie gelificata, per arrestarsi a metà di questa. L'agar deve contenere ancora acqua di condensazione; nel caso che questa manchi, si aggiunge piccola quantità di brodo sterile. Poi, tenendo il tubo quasi orizzontale, con la faccia piana dell'agar rivolta in basso, si porta con una pipetta molto affilata, una piccola quantità di diluizione di feci sospette, fino all'acqua di condensazione, evitando accuratamente ogni contatto con l'agar. Dopo una notte in termostato, la parte inferiore dell'agar sarà nettamente rossa per lo sviluppo del *Bact. coli;* i bacilli tifo-paratifi, per la maggiore mobilità, tenderanno a spostarsi in alto lungo la fessura, sviluppandosi in colonie isolate azzurre verso l'alto dell'agar; evidentemente necessario lo studio successivo di tali colonie, che possono essere date anche dal *B. faecalis alkaligenes*, da diverse razze di protei e di paracolibacilli. Dall'esperienza dell'A., il metodo darebbe generalmente risultati superiori a quello delle piastre. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche sperimentali sull'ittero meccanico e su quello dinamico.

Dopo che si è trovata una reazione chimica (dragoreazione precoce o ritardata) atta a distinguere la «bilirubina da stasi» dalla «bilirubina funzionale» si è aperto un vasto campo alle ricerche sulla genesi dell'ittero.

G. Lepehne in seguito a numerosi esperimenti su conigli, rileva (*Deutsch. Arch. f. Klinic. med.*, n. 1, 1921), che alla legatura del dotto coledoco in tali animali segue un periodo di accumulo di bilirubina funzionale nel sangue: forse il danno prodotto dalla stasi sulle cellule funzionanti, periodo che precede di poco il passaggio della bile nel sangue. Questo passaggio o avviene già entro le prime 20 ore e rapidamente raggiunge alti valori, oppure si determina lentamente nel decorso di alcuni giorni.

L'urobilinuria da fame che si osserva nei

cani forma il passaggio tra l'ittero meccanico e l'ittero dinamico. I cani dopo un breve digiuno presentano bilirubinuria; non è in essi aumentata la bilirubina del sangue. L'urobilinuria da fame dipende probabilmente da un danneggiamento del fegato.

L'ittero dinamico si otterrebbe sperimentalmente avvelenando degli animali con toluilendiamina.

L'ittero che segue a tale avvelenamento è stato paragonato alle corrispondenti forme di ittero dinamico nell'uomo (ittero emolitico, da avvelenamenti, ecc.). L'A. ha dimostrato che nel sangue di animali avvelenati con la toluilendiamina non si accumula come sarebbe stato da aspettarsi della bilirubina funzionale diazoreazione ritardata), bensì della bilirubina che dà una diazoreazione precoce (bilirubina da stasi, adunque), Hunter pensa che la toluilendiamina venga eliminata dal fegato e vi produca una colangite ed alterazioni tossiche dei capillari biliari; Eppinger ha dimostrato la formazione di trombi biliari. L'ittero da toluilendiamina è adunque a giudicare dagli esperimenti dell'A., causato in parte dalla stasi biliare, e non si deve quindi paragonare coll'anemia perniciosa o con l'ittero emolitico. Un ittero dinamico si potrebbe forse ottenere coll'avvelenamento da fenilidrazina.

Per mezzo di ripetute iniezioni sottocutanee di sangue è riescito all'A. di provocare nel cane una lieve iperbilirubinemia di tipo funzionale. POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1206) *Patogenesi e cura della vitiligine.* — All'abb. n. 9118:

L'alterazione del pigmento cutaneo che va sotto il nome di vitiligine, si suole mettere in rapporto sempre con disturbi del sistema nervoso dovuti alle cause più diverse. Così la troviamo negli alienati (Morselli), negli epilettici, nei tabetici, nella sifilide (neuro-sifilidi), ecc.

Sembra che si sia riusciti anche a provocare nelle scimmie la comparsa di chiazze di vitiligine asportando tratti di lobi cerebrali.

Poco vi è da fare per la cura. Si può tentare sui focolai scolorati l'applicazione di certe sostanze, come la crisarobina, la senape, ecc., le quali, irritando fortemente la cute, vi determinino poi una pigmentazione scura permanente. Si consiglia anche l'arsenico per via interna.

V. MONTESANO.

(1207) *Nelle efelidi.* — All'abb. n. 10846:

Le così dette *efelidi*, da classificarsi, secondo alcuni, nella categoria dei nevi, sono dovute alla presenza nell'epidermide normale, e forse anche nel derma, di una più abbondante quantità di pigmento. Sogliono riscontrarsi in gran numero, con disposizione simmetrica a preferenza sul viso, sulle mani e sugli avambracci, di soggetti con capelli biondi e sopratutto rossi. Impallidiscono per lo più in inverno, e nell'età avanzata possono anche scomparire del tutto. Esse compaiono soltanto nella vita extrauterina, per lo più verso il 5°o 6° anno di età, e debbono essere distinte dalle *lentigini* che sono veri e propri nevi.

In quanto alla cura è consigliabile, in primavera ed in estate, l'uso di veli gialli o verdi oppure unguenti o soluzioni di sali di chinina per mitigare l'azione troppo viva dei raggi chimici della luce. V. MONTESANO.

(1208) *Per le iniezioni endovenose.* — All'abb. n. 2972:

Si conoscono diversi apparecchi per facilitare le iniezioni endovenose, cioè per rendere più agevole la penetrazione dell'ago nella vena e per fissare l'ago stesso in modo da impedirne l'uscita dal vaso (siringhe a becco eccentrico, ago a baionetta, ecc).

In Germania è particolarmente usata a questi scopi la siringa di Wechselmann. V. M.

(1209) *Tre sintomi di adenopatia tracheobronchiale.* — Al dott. M. Zingale, Firenze:

Sintomo di Smith: ascoltazione di un forte rumore di soffio, simile a quello di trottola, sul manubrio dello sterno, in posizione seduta con testa fortemente inclinata in dietro e con respiro trattenuto.

È un rumore venoso per compressione del pacchetto ghiandolare peritracheale sul tronco brachio-cefalico di destra.

Sintomo di D'Espine: ascoltazione di una broncofonia afona (a voce bisbigliata) fino sulle prime vertebre dorsali, dalla 1ª alla 5ª.

Sintomo di De la Camp: ipofonesi sulle apofisi spinose e sugli spazi intervertebrali delle prime vertebre dorsali, dalla 1ª alla 5ª, in posizione seduta e inclinata in avanti. T. L.

(1210) *Su le polineuriti.* — All'abb. n. 8337:

In questi ultimi anni non sono comparse pubblicazioni monografiche su tutte le forme di polineuriti. Sono stati invece pubblicati parecchi lavori su le polineuriti infettive, dei quali, come più volte si è avvertito, per norma consuetudinaria non si può dare l'elenco in questa rubrica.

Comunque l'argomento è ampiamente svolto in tutti i moderni trattati di medicina interna e di neuropatologia. Per più ampie notizie consultare il volume di S. Bianchini: *Le neuriti infettive.*

dr.

(1211) *Il radium come ipotensivo.* — Al dott. T. C., abb. n. 7170:

La comunicazione del *Medical Record* non ha avuto ancora conferma: tentativi erano stati fatti mediante la Rontgenterapia dal Cottenot e Zimmem.

Sulla tecnica delle applicazionhi del radium e delle emanazioni può consultare il volume sulla Radium-terapia del trattato di Sergent (Ed. Maloine, 1921) o la monografia del Gudrent (Urban e Schwarzenberg, 1919).

P. A.

(1212) All'abb. n. 5121:

« Il Policlinico », sezione Chirurgica, edita da noi; « La Chirurgia degli organi di movimento » e « Archivio Italiano di Chirurgia » edito dal comm. Licinio Cappelli a Bologna.

L. P.

VARIA

Prostitute e prostituzione.

Un piccolo ma succoso volumetto che Giuseppe Vidoni offre al pubblico (Casa editrice « Problemi moderni », presso S. Lattes e C., editori, Torino-Genova, 1921. Con introduzione di Enrico Morselli. Pagine XXIV-58. Prezzo L. 5) costituisce studio assai ben condotto delle condizioni psico-biologiche delle prostitute e delle anomalie morfologiche, funzionali e psichiche che sogliono riscontrarsi in tante traviate.

Larga parte è fatta agli studi di Cesare Lombroso, alla cui memoria il libro è dedicato, e dei suoi seguaci, ed ai rapporti fra prostitute e criminali, nè manca un rapido sguardo alle più recenti ricerche sulla influenza delle glandole endocrine nelle manifestazioni della vita psichica.

Come si vede, non si tratta di uno studio, così come il titolo del volume farebbe credere, sulla prostituzione nel suo complesso, inteso come fenomeno della vita sociale e sui molteplici fattori d'indole generale e collettiva che, specie al giorno d'oggi, tanto influiscono sull'espandersi del meretricio.

Non che l'autore non ne faccia cenno: anzi egli conclude a questo proposito esprimendo la speranza che, dal suo lavoro, attraverso l'apprezzamento dei rapporti della prostituzione con le cause mesologiche sia risultato ben chiaro che essa, necessariamente, deve venir considerata nelle sue relazioni con la vita sociale perchè non c'è dubbio che l'influenza delle condizioni esterne non sia forte ed attiva.

In qual modo peraltro ed in che misura si svolga questa influenza è ciò che il lettore avrebbe forse desiderato vedere più largamente esposto nella pubblicazione di cui ci occupiamo. La quale, in quanto prende in considerazione quasi esclusiva il fattore psico-antropologico, chiamerei unilaterale se la parola non potesse assumere l'apparenza di un appunto all'A., mentre essa significa soltanto l'augurio che questa prima parte sia seguita da uno studio sistematico di tutto il complesso fenomeno « prostituzione » e di tutte le cause d'indole generale che ne favoriscono lo sviluppo e l'espansione.

È lecito domandarsi, ad esempio, se non debba tenersi nel massimo conto il fatto che la prostituzione, sotto l'influsso delle condizioni economiche-sociali moderne, tende essa pure ad industrializzarsi per opera di formidabili organizzazioni finanziarie, come quelle che hanno per iscopo la tratta internazionale delle bianche (e forse anche la tratta, diremo così, nazionale) interessate a scovare, a creare ed a mettere in valore la merce da offrire al pubblico maschile che la richiede.

Quale influenza non ha questo fattore sulla propagazione del fenomeno e quale beneficio non apporterebbe nel circoscrivere il fenomeno stesso (non più considerato come una necessità sociale, concetto che l'A. giustamente non condivide in modo assoluto) e le sue deleterie conseguenze sulla salute pubblica una legislazione (simile a quella che già esiste in alcuni paesi), applicata sul serio, la quale punisse severamente non solo chi eccita al vizio, ma chiunque sfrutti in qualsiasi modo a proprio vantaggio la prostituzione femminile?

Ecco uno dei punti, fra i tanti, che si potrebbero prendere in esame nello studio delle cause della prostituzione e che certo fornirebbe materia ad osservazioni e conclusioni di grande importanza.

In ogni modo, così com'è, il libro del Vidoni, che è preceduto da un'ampia prefazione del prof. E. Morselli, ed è scritto in forma spigliata ed attraente, si fa leggere volentieri e con vivo interesse. Esso riuscirebbe ancor più utile agli studiosi se delle numerose fonti a cui l'A. ha attinto e che sono largamente citate nel testo, fossero riferite le indicazioni bibliografiche precise.

Vincenzo Montesano.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

I maestri assenti per malattia e il danno dei certificati medici irregolari.

I maestri elementari dipendenti dai Consigli scolastici provinciali, a differenza degli impiegati dello Stato, godono, in materia di congedi per malattia, di uno speciale trattamento di favore. Questo trattamento accorda nell'anno scolastico in caso di malattia un congedo di due mesi e due proroghe successive di due mesi ciascuna. Però dallo spirito della legge, contrariamente a quanto praticamente vien fatto dalle Amministrazioni scolastiche, le due proroghe su ricordate dovrebbero essere concesse soltanto in caso eccezionale, per affezioni patologiche gravi con carattere continuativo. Gli effetti di tale legislazione possono essere per più ragioni deleteri ed offrono modo di fare considerazioni sia nei riguardi del danno che ne viene alla scuola e sia nei riguardi dello sperpero che ne deriva alla pubblica finanza.

Ad avvalorare questa seconda asserzione crediamo opportuno offrire nel seguente prospetto alcuni dati raccolti nell'Ufficio Scolastico Provinciale di Bergamo (1).

Da questo prospetto risulta che il numero complessivo dei maestri in congedo nell'anno scolastico testè decorso fu di 383 su 1186, di cui 42 maschi e 341 femmine, per una quantità di assenze pari a mesi 750. Di questi, mesi 671 e giorni 26 furono causati da malattie e quindi con diritto, da parte degli assenti, a percepire l'intero stipendio e relative indennità di caroviveri, e mesi 82 e giorni 4 da motivi di famiglia, formati in gran parte di assenze non superiori ai 15 giorni, come

Anno scolastico	Numero dei posti di ruolo			Numero insegnanti assenti			Quantità assenze						Motivi assenze											
							uomini		donne		Totale		Malattia						Famiglia					
													U.		D.		Totale		U.		D.		Totale	
	maschili	femminili e misti	Totale	U.	D.	Totale	M.	G.	M.	G.	M.	G.	M.	G.	M.	G.	M.	G.	M.	G.	M.	G.	M.	G.
1920-921 . . .	238	948	1186	42	341	383	82	4	667	26	750	—	71	1	600	5	671	6	11	15	77	9	88	24

Assenti per più di 15 giorni e meno di un mese		Assenti più di un mese e meno di due mesi		Assenti più di due mesi e meno di sei mesi		Assenti più di sei mesi (aspettativa)		Quantità assenze insegnanti in aspettativa			
salute	famiglia	salute	famiglia	salute	famiglia	salute	famiglia	salute		famiglia	
								M.	G.	M.	G.
81	101	80	8	91	3	38	20	215	24	85	18

si vede sopra, e quindi ugualmente pagati a stipendio intero. La spesa per le relative supplenze, indispensabili per la continuità dell'insegnamento, fu di circa L. 320.000, escluse le indennità caroviveri, con una spesa media giornaliera per solo stipendio di L. 1066, da cui, tenuto presente che l'insegnante supplente percepisce L. 10.33 al giorno, si può ricavare che la media giornaliera d'insegnanti assenti fu di 103 circa; il che equivale all'assenza media annuale di quasi un mese per ciascun insegnante.

Si potrebbe pure osservare che le scuole elementari restano annualmente chiuse: per feste riconosciute giorni 32; giovedì e domeniche 80; feste in facoltà dei Comuni 4; vacanze estive 60; media assenza per ciascun insegnante a causa motivi diversi 27; Totale giorni 203.

Quindi su 365 giorni dell'anno i maestri normamente sono di fatto occupati 162 giorni e tenuto presente che le operazioni di apertura e di chiusura delle scuole importano un consumo di tempo pari a giorni 30, i giorni di lezione si riducono nell'anno a 132.

Considerato infine che gli stipendi dei maestri di ruolo vanno da un minimo di 3100 a un massimo di 5600, si può affermare che ogni giornata di lezione viene compensata con uno stipendio che va da un minimo di L. 19.10 a un massimo di L. 34.75. Ciò, beninteso, senza calcolare le indennità di caro-viveri, le quali, in certi casi, superano anche lo stipendio, la nuova indennità di residenza concessa con R. D. 13 agosto 1921,

(1) U = uomini; D = donne; M = mesi; G = giorni.

n. 1080, e i diversi assegni per sdoppiamento o riordinamento di classi i quali in tanto sono corrisposti in quanto viene effettuato il doppio orario. Se si osserva che il numero dei posti di ruolo della Provincia di Bergamo può considerarsi quale media dei posti delle varie altre Provincie, si deve dedurre che se per Bergamo si spende per compenso ai supplenti L. 320,000 (col caro-viveri lire 525,000) in tutta Italia si spenderanno circa 22,000,000 di lire (col caro-viveri lire 36,000,000). Quali le cause di questa rilevante spesa?

Esse sono diverse, ma una delle più importanti, come accennava anche il Ministro Croce con circolare del settembre 1920, deve ricercarsi nei certificati sanitari.

Fa duopo subito rilevare che la redazione dei certificati medici viene a determinare danni non lievi perchè in genere a tale servizio non si dà l'importanza necessaria.

Fra i documenti che i concorrenti ai posti d'insegnanti devono presentare vi è anche il certificato medico dal quale, secondo la lettera *D* dell'art. 8 sullo stato giuridico dei maestri elementari, dovrebbe risultare che il concorrente è di sana costituzione ed esente da imperfezioni fisiche tali da diminuire il prestigio di un insegnante e da impedirgli il pieno adempimento dei suoi doveri.

La Commissione giudicatrice dei concorsi non ha nè mansioni nè preoccupazioni di far accertare l'attitudine fisica del maestro, ma riduce il suo giudizio ad un esame di forma. Ne consegue che fra i vincitori dei concorsi vengono ammesse persone non adatte all'insegnamento. Di maniera che appena entrati in servizio si trovano nella necessità, fra l'altro, di ricorrere ai congedi per malattia. Tali congedi, come in principio si accennava, possono protrarsi fino a sei mesi. Però, come la legge stabilisce, dopo i due mesi di congedo i certificati per le necessarie proroghe dovrebbero essere rilasciati non da un medico curante ma da un funzionario governativo, l'Ufficiale Sanitario, che a sua volta dovrebbe informarne, di volta in volta, il Medico Provinciale. Ora sta il fatto che veri e propri Ufficiali Sanitari esistono quasi sempre solo nei capoluoghi di Provincia, mentre nei Comuni rurali è incaricato del disimpegno delle funzioni di Ufficiale Sanitario generalmente un medico condotto e ciò fino a che con nuove disposizioni legislative si provvederà a sistemare il servizio di vigilanza igienica. Quindi i medici condotti vengono a rilasciare il secondo certificato al quale danno poca importanza sia per il misero compenso fissato per legge in L. 5, e, sia perchè non è prescritto un adatto modulo con richieste ben precisate che importino un esame accurato del malato ed una descrizione precisa delle alterazioni organiche, dei disturbi funzionali obbiettivi e subbiettivi rilevati, che servirono per la diagnosi e per determinare la necessità del congedo.

Non è poi raro il caso che il medico, dimentico dell'art. 289 del codice penale, s'induca per compiacenza a rilasciare certificati con diagnosi generiche e talora, per troppa fretta o leggerezza, anche inesatte.

Tali certificati sono giudicati dalla Deputazione Scolastica che in effetto non ha mezzi per esercitare un sistematico controllo medico, quindi ne consegue che per compiacenza i medici curanti vengono sovente a cedere alle insistenze del personale, il quale, non trovando speciali difficoltà da superare, cerca di sfruttare del tutto, quasi fosse un diritto, lo speciale trattamento che la legge ha creduto bene di concedere ai maestri. Così il certificato di guarigione si presenta in genere solo dopo i sei mesi e si presenta per non incorrere nel pericolo di essere collocati in aspettativa a metà stipendio.

Infatti, dalle cifre risultanti dal prospetto, si vede come il numero dei maestri assenti per oltre due mesi è superiore a quello dei maestri assenti per meno di due mesi. Quelli seriamente ammalati figurano nelle aspettative, e in genere rappresentano una percentuale molto ridotta. Notiamo poi che, fra il personale insegnante, le giovani maestre ricorrono più facilmente a congedi sia per le necessità della maternità, sia perchè viene a loro con troppo facilità concessa la deroga dalla residenza; in questo caso, per vivere poche ore in città, si assoggettano giornalmente a strapazzi dietetici ed a viaggi lunghi e talvolta assai pericolosi per la salute.

Conseguentemente occorrerebbe disciplinare meglio il rilascio dei certificati rammentando che la spesa per controllo sanitario potrebbe portare a grandi vantaggi economici. Devesi d'altronde prendere in seria considerazione le misure preventive atte a diminuire le cause di malattia fra gli insegnanti. Occorre quindi un reclutamento fatto non basandosi solo sui documenti, ma tenendo invece in gran considerazione l'attitudine fisico-psichica al posto al quale si aspira, attitudine da dimostrarsi con preventiva visita medica da farsi da competente Commissione, che rilascerà un certificato redatto secondo un modulo prestabilito. Inoltre sarà bene insistere perchè le Amministrazioni provvedano adatte scuole e convenienti alloggi ai maestri. Ma certo questi provvedimenti debbono essere completati da una riforma dei programmi delle Scuole Normali e dall'istituzione di colonie estive, per rinvigorire i giovani organismi del futuro personale insegnante. Così, con maestri che giungono ai concorsi in pieno vigore fisico e con una accurata scelta fatta da una Commissione Medica competente il personale insegnante migliorerà assai e con esso ne risentirà salutare giovamento la scuola.

Bergamo, 1° settembre 1921.

Dott. G. MONTI e Rag. E. MASSA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BILANCIONI GUGLIELMO. *Sul significato della laringe superiore e della siringe negli uccelli.* Roma, Tip. «Le Massime», 1921.

BILANCIONI GUGLIELMO. *Ipertrofia papillare diffusa di tutto il tratto inferiore della mucosa nasale.* Napoli, Industrie Graf. Italia Meridionale, 1921.

Cronaca del movimento professionale.

Sulla Scuola di Odontoiatria e Prostesi dentaria.

Intorno al disegno di legge di cui abbiamo dato il testo nel fasc. 9, riceviamo dal presidente dell'Associazione Stomatologica Italiana, dott. Eugenio Bellinzona:

Se questo disegno di legge non contenesse l'articolo 8, noi saremmo disposti a sottoscriverlo, previo qualche lieve ritocco. Infatti l'istituzione a Roma di una Scuola di Odontoiatria e Prostesi dentaria è vivamente desiderata e sarebbe da tutti accolta con favore. È vero che essa poteva essere costituita da tempo in base al regolamento universitario, come sono sorte le Scuole di Odontoiatria di Milano e di Bologna, ma la nuova legge offrirebbe la possibilità di perfezionare per Roma questa istituzione, rendendola biennale, come l'odierno sviluppo della specialità richiede, attribuendole un numero adeguato di professori di ruolo e mettendo a sua disposizione i mezzi necessari al suo impianto e al suo sviluppo. Crediamo che questo trattamento di favore per la Scuola di Roma sarebbe bene accetto a tutti i medici odontoiatri italiani, poichè si risolverebbe in un vantaggio per il decoro e il progresso della branca.

Senonchè l'art. 8, che a un lettore disattento può quasi passare inosservato, poichè riguarda norme da stabilirsi per regolamento, distrugge tutti i possibili beneficî della legge e non può certo avere la nostra adesione.

La Odontoiatria e Prostesi dentale è indubbiamente una specialità medico-chirurgica degna delle sue consorelle. Chi poteva dubitare di ciò alcuni anni or sono, ha dovuto ricredersi in base ai recenti progressi di questa specialità. Ora il fatto di ammettere alla Scuola di Roma lo studente di quarto anno dice per sè solo che si reputa questa branca della medicina inferiore alle altre. Possiamo convenire che la parte generale degli studi medici possa essere ristretta, condensata, così da ridurla a 5 anni, ma altro è condensare ed altro è troncare, e, in ogni caso, il provvedimento dovrebbe essere preso per tutte le specialità e non per la sola Odontoiatria.

Con la Scuola postuniversitaria gli anni sarebbero otto. Troppi, si dice. Molti, certamente, ma non più di quelli necessari all'esercizio di qualunque altra branca e anche della stessa medicina generale. Le condizioni, dunque, sono identiche e richiedono, al caso, identici provvedimenti correttivi.

L'abbreviamento degli studi odontoiatrici mirerebbe, sopra tutto, a facilitare questa professione, così da produrre un numero di esercenti adeguato ai grandi bisogni dell'Italia. Questa affermazione è assai esagerata. Si dice, per fare impressione, che in tutto il nostro paese ci sono meno dentisti che nella sola Filadelfia, ma non si aggiunge che, disgraziatamente, il numero di persone che ha cura dei propri denti in Italia è incomparabilmente inferiore a quello degli S. U. d'America.

Comunque, ammesso che oggi l'Italia abbia bisogno di molti odontoiatri, è certo che vi sono medici sufficienti a soddisfare tale bisogno. Essi attualmente non disdegnano più di dedicarsi a questo ramo delle scienze sanitarie, perchè lo riconoscono meritevole di studio e professionalmente rimunerativo. Le domande di ammissione alle Scuole di Milano e di Bologna lo dimostrano in modo decisivo. Il medico dunque è pronto a dedicarsi alla odontoiatria e non domanda che due cose: scuole in numero sufficiente e conservazione dell'attuale livello morale della specialità. Se il disegno di legge del Ministro Corbino provvede in parte alla prima richiesta, compromette in modo irreparabile la soddisfazione della seconda. Infatti il capoverso *b*) dell'articolo 8, specialmente coll'ultima clausola, rappresenta un pericolo enorme, poichè è risaputo che molti titoli stranieri si conquistano con studi irrisorî e, qualche volta, unicamente col denaro, e che, nella migliore delle ipotesi, non possono mai essere ritenuti equipollenti a un quadriennio di studi medici presso le nostre Università.

Ci sembra che queste poche considerazioni bastino a dimostrare ingiustificato il provvedimento che tenderebbe ad abolire la obbligatorietà della laurea in medicina per l'esercizio della odontoiatria. Questo principio è stato ritenuto così favorevole allo sviluppo scientifico e professionale della specialità, che, dopo 22 anni di esperienza, si è sentito il bisogno di trasformare in legge (31 marzo 1912) il decreto Boselli (24 aprile 1890). Il ministro Corbino, agli studenti napoletani che lo interpellavano in proposito, rispose ch'egli non poteva non tener conto che in quasi tutto il mondo l'insegnamento della odontoiatria è autonomo. A prima vista l'argomentazione può sembrare persuasiva, ma bisogna considerare che il sistema autonomista, sorto per cause meramente fortuite negli Stati Uniti d'America e imitato poi dagli altri paesi, ha quasi un secolo di vita e che la resistenza alle ingiurie del tempo è assai meno dovuta alla sua bontà intrinseca che agli enormi interessi privati — economici e morali — che si sono venuti formando attorno a questa istituzione. Oggi però le supreme esigenze della scienza e dell'umanità stanno per aver ragione di tale stato di cose. L'allarme destato in America ed altrove da medici e da dentisti fra i più reputati contro l'indirizzo prevalentemente tecnico dell'odontoiatria (quello, appunto, che caratterizzerebbe la nuova Scuola di Roma) al quale si imputano procedimenti lesivi della salute e talora della vita stessa del paziente, sta producendo il suo effetto. Proprio in questi giorni giunge notizia che 17 fra le più rinomate Scuole degli S. U. e del Canadà hanno intaccato irreparabilmente il principio della loro autonomia, accostandosi alle Facoltà di Medicina. Questo non è che l'inizio del movimento, ma sembra che le cose precipiteranno, se dobbiamo ascoltare la parola del sig. Eugenio Smith, dottore in odontoiatria (non medico) e rettore di una delle più celebri scuole dentistiche americane, quella di Harvard, il quale ebbe occasione di fare pubblicamente la seguente dichiarazione: «In un avvenire assai prossimo imporremo nel nostro paese l'obbligo degli studi medici completi per il futuro

dentista. Credo che ciò sarà per l'America un fatto compiuto prima del 1930».

E l'Italia, che da 30 anni ha realizzato un tale ordinamento, dovrebbe cambiare via proprio quando le altre nazioni stanno per seguire il suo esempio?

La "Casa dei Sanitari" in Milano.

Il prof. Bertazzoli, Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano, ha lanciato l'idea di istituire una «Casa dei Sanitari», ove trovino decorosa, comune e stabile sede tutti gli Ordini Sanitari e tutte le Associazioni di Categoria con sede in Milano.

La proposta ha raccolto l'unanime plauso. I rappresentanti degli Ordini dei Medici, Farmacisti e Veterinari hanno consultato un legale onde vedere quale fosse la linea migliore da adottare. Fra non molto si spera di poter comunicare che l'ardita e nobile idea del Bertazzoli si è trasformata in fatto concreto. Qualcosa di simile è già stato fatto a Madrid, dove i Sanitari col fondo di un milione di pesetas hanno trasformato un intiero palazzo a loro sede, palazzo nel quale oltre a tutti gli uffici, ecc., ad una esposizione permanente di prodotti chimici, articoli chirurgici, ecc., vi sono pure sale di *restaurant* e di riposo.

***

Per dar corso pratico al progetto, l'Ordine dei Medici di Milano ha diramato ai colleghi della famiglia Sanitaria — medici, farmacisti e veterinarii — la seguente circolare:

«La necessità di poter disporre da parte dei tre Ordini dei Sanitari della nostra Provincia e delle Organizzazioni di categoria inerenti di una propria sede, senza i pericoli di possibili sfratti da un momento all'altro, o di aumenti d'affitti fantastici ed insostenibili, è oggi troppo evidente per aver bisogno di molte dilucidazioni. Per di più una sede comune ai tre Ordini è destinata ad esercitare a poco a poco, ma fatalmente, quel benefico influsso morale per una amichevole intesa, per una reciproca maggiore estimazione e valutazione professionale tra i singoli elementi degli Ordini stessi, quale in tutti noi Sanitari è vivo e sincero desiderio di conseguire.

«Pertanto il progetto di costruire una propria «Casa dei Sanitari» non può che essere benevolmente accolto da tutti gli appartenenti ai tre Ordini; e colla presente vi invitiamo ad aderire alla costituzione dell'apposita Società col sottoscrivere quel numero di azioni che riterrete più rispondente all'apprezzamento vostro per tale progetto.

«La Società ha forma Cooperativa, con azioni da L. 100, e non ha carattere speculativo. Il fabbisogno è di circa 1,000,000 di lire. Quando le sottoscrizioni raggiungano la metà del capitale necessario indicato i sottoscrittori saranno convocati per nominare il Consiglio Amministrativo definitivo. Le azioni non sono alienabili, ma vincolate per essere sicuri che la «Casa dei Sanitari» resti sempre di proprietà esclusiva dei Sanitari stessi per ora e per l'avvenire. Ogni azionista non può avere più di 200 azioni.

Il Comitato Provvisorio.

Per una Mutua Intercomunale.

A un'adunanza indetta dal sindaco di Vimercate (Monza) per istituire una Cassa Ammalati hanno aderito i sindaci di alcuni Comuni vicini, i rappresentanti di alcune cooperative locali, ecc. L'on. Riboldi in forma semplice e chiara spiegò il funzionamento della Mutua, la quale è divenuta quasi necessaria, per i semi-abbienti, dopo l'abolizione della condotta piena. Seguì un'ampia discussione, che portò alla nomina di un comitato di studio, il quale dovrà presentare uno statuto; ne fanno parte i rappresentanti dei vari enti interessati alla soluzione del problema.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9293) *Capitolato sanitario*. — Dott. F. G. da M. — Un nuovo capitolato non può modificare od annullare un altro precedente in cui sieno stati creati veri e proprii diritti quesiti. Una semplice lettera del Prefetto non vale ad annullare un atto approvato dalla Giunta P. A. Contro il nuovo capitolato ricorra alla G. P. A., se non ancora essa ha presa una definitiva decisione.

(9294) *Aumento di stipendio - Quadrienni*. — Dott. R. C. da B. — La somma stanziata in bilancio per un pubblico servizio, tranne se trattasi di spesa fissa stanziata in seguito ad obbligo assunto, non può essere attribuita al creditore, che in seguito ad analoga deliberazione consiliare. A Lei compete quindi la somma attribuitale dalla G. P. A., a prescindere da quella stanziata in bilancio, che può riferirsi a questo e ad altro titolo di spesa.

(9295) *Mancata formazione dello elenco dei poveri*. — Dott. abbonato 5835. — Occorre innanzi tutto diffidare legalmente il Comune a compilare l'elenco dei poveri nel termine, ad es. un mese. Elasso inutilmente il termine assegnato, si può introdurre giudizio per danni innanzi al magistrato competente per territorio e valore.

(9296) *Annullamento di concorso*. — Dott. M. S. da G. — Quando si bandisce un pubblico concorso, scaduto il termine prefisso per la presentazione delle domande, si ha il dovere di procedere alla nomina del concorrente giudicato migliore o da apposita Commissione o dalla stessa Amministrazione. Non è, pertanto, lecito decretare l'annullamento di un concorso bandito e già chiuso, senza rendersi responsabile di danni verso tutti i concorrenti che vi presero parte.

(9298) *Imposta di ricchezza mobile*. — Dott. A. V. da F. — Anche sullo stipendio di un interino ricade la imposta della Ricchezza mobile. A nulla influisce se col Comune non si sia mai parlato di tasse.

(9299) *Moduli* B *e* B-bis *- Indennità caro-viveri*. — Dott. A. G. da T. — Ella dice bene. Il modulo *B* e *B-bis* è fatto dal medico a pagamento per le persone non comprese nello elenco dei poveri. Sono fatti dalla famiglia, come si disse, ma si deve pagare il medico per la dichiarazione scientifica che contengono. Sono calcolati come una vi-

sita ordinaria. Circa la indennità caro-viveri ci dobbiamo riportare allo articolo 2 del R. Decreto 3 giugno 1920, n. 737, il quale dice testualmente così: *Al personale ammogliato o che abbia persone di famiglia conviventi ed a carico minori od inabili al lavoro, è inoltre assegnata una nuova indennità mensile suppletiva in ragione di L. 0.85 giornaliere per ogni persona compreso il coniuge.* Sembra pertanto che Ella abbia diritto a tanti supplementi per quanti sono i figli. Bisognerebbe però produrre una esatta esposizione dello stato di famiglia e dichiarare se trattasi del primo o del secondo caro-viveri.

(9300) *Consiglio dell'Ordine dei Sanitarii.* — Dott. E. V. da T. — La nomina di un vice-presidente del Consiglio dell'Ordine dei Sanitarii è essenzialmente nulla perchè il posto di vice-presidente non è previsto nella legge nè nel regolamento relativo. La delegazione del presidente di partecipare al Consiglio provinciale sanitario deve essere fatta caso per caso.

(9301) *Elenco dei poveri.* — Dott. G. V. da C. — Il medico condotto partecipa alla formazione dello elenco dei poveri, e non ha, quindi, il diritto di ricorrere contro di esso, nè al Consiglio di Stato, nè con ricorso straordinario al Re. Oltre a ciò, i due suaccennati ricorsi sono ammessi per soli motivi di legittimità e, cioè, per incompetenza, eccesso di potere e violazione di legge. Il medico condotto, che si sente gravato dalla eccessiva inclusione di famiglie povere nello elenco, ha due rimedii: o, cioè, quello indicato nello articolo 23 del regolamento generale sanitario, chiedendo alla G. P. A. l'aumento di ufficio delle condotte del Comune, o quello indicato nello articolo 26 della legge chiedendo alla stessa Giunta un aumento di ufficio dello stipendio.

(9303) *Liquidazione di pensione.* — Dott. E. C. da C. C. — Con 35 anni di servizio e 60 di età liquiderà l'annua somma di lire 2106 di pensione. Tale somma potrà essere liquidata nel marzo 1923. I documenti da inviarsi all'ufficio provinciale sanitario sono i seguenti: Atto di nascita, originale laurea o certificato della segreteria Universitaria; lo stato completo di servizio, gli atti di nomina, di aspettativa, di licenziamento, ecc., ecc. Il certificato del Sindaco o del capo della amministrazione dell'ente, comprovante i periodi di prestazione del servizio, con a tergo l'elenco degli stipendii annui percepiti, il congedo militare. È probabile che fra non molto saranno migliorate le pensioni.

(9304) *Periodo di prova - Stabilità.* — Dott. D. P. da S. G. — Essendo stato, con le dimissioni presentate ed accettate nel 1919, interrotto il periodo di prova, in seguito alla nuova nomina ottenuta pel concorso ora fatto, deve compiere integralmente da capo la prova.

(9305) *Pensioni.* — Dott. R. A. da V. — I quattordici anni di interruzione non si possono riscattare. Unico mezzo conveniente sarebbe quello di iscriversi ora *ex novo* alla Cassa, come medico anziano. Si obbligherebbe a pagare in un decennio i contributi arretrati e le quote mutue con gli interessi composti e, dopo tale decennio, usufruirebbe di altri 15 anni fra servizio di condotta ed ospedaliero, in modo da formare un numero di anni di servizio utile per la pensione. La somma da pagare entro un decennio sarebbe, su per giù, di circa lire 2000.

(9307) *Maturazione del quinquennio.* — Dott. L. P. da C. sul S. — Dal momento che l'articolo 82 del capitolato dichiara che pel medico in carica i due quinquenni decorrono dalla data della *effettiva assunzione in servizio dopo la nomina,* è evidente che per Lei già si è maturato il periodo di tempo utile per conseguire l'aumento quinquennale avendo assunto servizio da oltre un decennio.

(9308) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. C. da C. — Agli effetti della prima indennità caro-viveri, non compete a Lei alcuna quota supplementare.

(9310) *Ricchezza mobile.* — Dott. G. d'A. da B. — Tanto sullo stipendio quanto sulla indennità pei caro-viveri si deve pagare la R. M. salvo che con regolare deliberazione, approvata dalla Giunta P. A., non ne sia esentata. La relativa deliberazione, trattandosi di una spesa facoltativa, deve essere ripetuta due volte con l'intervallo di 20 giorni. Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

AREZZO. — 7ª cond. di campagna; L. 8500 e doppio c.-v.; 4 quadrienni di L. 850; p. cavalc. L. 2000 e L. 1600 caro-foraggi, ecc. Scad. ore 18 del 23 marzo. Età limite 45. Serv. entro 2 mesi.

CAVA DEI TIRRENI (*Salerno*). — Ab. 27.000, 2 cond., L. 3000 ciascuna oltre L. 1000 per le prime cento famiglie povere o frazioni di cento, L. 200 per ogni altre dieci o frazioni di dieci in più delle cento e L. 1500 cavalc., quattro quinq., doppio c.-v. Età 44 (per coloro che abbiano prestato servizio militare 45). Scadenza 30 marzo. Chiedere avviso di concorso.

CHIANCIANO (*Siena*). — Due condotte; stazione balneare; L. 6500 fino a 500 pov., L. 150 ogni 100 pov. in più o fraz.; 6 quadrienni decimo; L. 500 all'uff. san.; mezzo di trasp. provvisto dal Comune. Età limite 35. Servizio entro 20 g. Chiedere annunzio. Scad. 25 mar.

COLLAZIONE (*Perugia*). — Capoluogo; L. 7000 oltre L. 2000 disag. resid., L. 4200 cav. (da modificarsi, ecc.), doppio c.-v.; metà tariffa dai semiabbienti. Tre quinq. decimo. Serv. entro 20 giorni. Scadenza 23 marzo.

COTTANELLO (*Perugia*). — Al 31 mar.; L. 6000, c.-v. (rivedibile), L. 1800 p. cavalc. Età limite 35.

CRESPINO (*Rovigo*). — Scad. 20 marzo. II rep.; L. 6000 fino a 1000 pov., L. 100 ogni gruppo di 50 persone in più; L. 2500 cav. o L. 1500 bicicl.; lire 1000 disag. resid.: L. 1500 alloggio, se con famiglia. In corso aumento 25 % sullo stip., a L. 4600 indenn. cavallo.

GENOVA. *Associazione Genovese contro la Tubercolosi.* — Direttore dei Servizi sanitarii e Medico

capo servizio del Dispensario orientale. Docum. non più tardi delle ore 17 del giorno 31 marzo alla sede (via I. Frugoni, 27), con ricevuta di ritorno. L. 16,000 e L. 3,200 rispettivam. e sei trienni del decimo; al medico-capo L. 600 annue di c.-v.; 5 anni di laurea; età massima 50 anni. Chiedere annunzio.

GROSSETO. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario-medico capo del Comune; L. 12,000 e 5 quadr. decimo; doppio c.-v. Divieto di altri incarichi e di esercizio professionale. Esami. Scad. 30 apr. Servizio entro 30 giorni.

MANTELLO (*Sondrio*). — Scad. 18 marzo; consor.; L. 5250 fino a 500 pov.; dopo un biennio L. 6000; trasferte L. 700; mezzo trasp. L. 2000; uff. san. L. 400; capitolato-tipo.

MASERA (*Novara*). — Consor.; ab. 3437; L. 8000 fino al 10 % dei pov.; addizion. L. 8; trasp. lire 1000; uff. san. L. 800; alloggio L. 300. Scadenza 31 marzo.

MONTALCINO (*Siena*). — È rimandato ad epoca indeterminata il concorso bandito con manifesto 15 dicembre 1921.

PIAN DI CASTELLO (*Pesaro-Urbino*). — A tutto il 15 marzo; L. 8000 per 500 pov.; con 5 quadrienni decimo; addizion. L. 3; L. 1000 resid. disag.; lire 2000 cond. povera; L. 3000 cav.; alloggio e terreno per orto; 2 caro-viv.; assic. Per uff. san. lire 200. Età limite 40. Chiedere annunzio.

S. BELLINO (*Rovigo*). — Scad. 25 mar.; L. 6000 per 1000 pov., in corso approv. aumento 25 %; L. 100 ogni gruppo 50 pov. in più; L. 400 se uff. san.; L. 2500 mezzo trasp.; 5 quadrienni. Stato di fam. Età limite 45. Pianura. Ab. 1950 di cui 1000 in borgate; poveri approssimativam. 150.

SATURNIA (*Grosseto*). — Ab. 1500; L. 9000 e 10 trienni del ventesimo; cavalc. L. 2500; due c.-v.; assic. Residenziale. Terme rinomate. Scad. 31 mar.

SELCI SABINO (*Perugia*). — A tutto 31 marzo; residenziale; L. 6000 e 3 quinq. decimo, c.-v., lire 1200 disag. resid., non obbl. cav. Accettaz. entro 8 g.; assunz. serv. entro 18 g. successivi.

TOFFIA (*Perugia*). — Scad. 20 mar.; L. 9600 e doppio c.-v.

VITTORIA (*Siracusa*). — A tutto il 10 apr., per la fraz. Scoglitti; L. 5500 e 5 quadrienni di L. 500; doppio caro-viv. Accettaz. entro 5 giorni; servizio entro 2 mesi.

Cercasi medico dal Comune di Amaroni (prov. di Catanzaro). Probabilità di rimanervi effettivo. Scrivere al Sindaco.

CONCORSI A PREMIO.

ROMA. *Ministero per il Lavoro e la Previdenza sociale* (*Direzione Generale della Previdenza*). — Con decreto 30 gennaio viene bandita una serie di concorsi nazionali a premi per studi inerenti alle assicurazioni sociali, sui seguenti temi:

1) *Nuovi orizzonti dell'igiene e della profilassi nelle industrie pericolose;* 2) *Le malattie da lavoro;* 3) *Oneri, limiti e finalità delle cure a vantaggio degli infortunati sul lavoro;* 4) *La magistratura, la rappresentanza e la difesa nelle controversie fondate sui rapporti assicurativi. La perizia e la autopsia come elementi integrativi del giudizio.*

Per ciascun tema sono istituiti un 1° premio di L. 8000 e due secondi premi di L. 4000.

Con decreto 14 febbraio sono stabilite le modalità per il concorso. Le memorie dovranno rivestire un carattere medico, giuridico, tecnico assicurativo; dovranno essere spedite al Ministero entro il 31 ottobre 1922 in triplice esemplare. Gli studi ai quali verrà aggiudicato uno dei premi e quelle altre che venissero ritenute meritevoli di particolare considerazione saranno pubblicate a cura del Ministero e competerà agli autori il diritto di ricevere gli estratti.

Con il decreto 30 gennaio su menzionato, il Ministero bandisce il concorso a due borse di studio presso la Clinica per le malattie professionali in Milano e a due borse di studio presso l'Istituto per le malattie da lavoro o da infortunio in Napoli. Ciascuna borsa è dotata di un assegno mensile di L. 1000 per la durata di 6 mesi, ed ai vincitori del concorso i quali alla fine delle lezioni riporteranno la classifica di ottimo competerà un ulteriore premio di L. 1000 elevabili a L. 2000 per coloro che presenteranno una memoria scritta sovra una delle materie del corso, giudicata meritevole di speciale considerazione. Con il decreto 14 febbraio sono stabilite le modalità di questo concorso.

Alle borse potranno concorrere i laureati in medicina e chirurgia i quali abbiano conseguito la laurea nell'ultimo quinquennio, ed in ogni caso non anteriormente alla sessione estiva del 1917, presentando domanda non oltre il 31 agosto 1922 al Ministero della P. corredata dei consueti documenti oltre agli eventuali titoli e documenti scientifico-professionali che il candidato ritenesse di produrre.

Ai concorrenti sarà data notizia dell'esito del concorso entro il 31 ottobre p. v.

Le memorie che venissero ritenute meritevoli dello speciale premio previsto nel concorso potranno essere pubblicate a cura del Ministero, con diritto da parte degli autori di ricevere gli estratti.

Uffici di collocamento.

Dalla Federazione Laziale-Umbra dei Medici condotti è istituito un Ufficio di collocamento per le condotte della provincia di Roma. Dirigere la corrispondenza al segretario dott. B. Alberti, presso il nostro giornale (via Sistina, 14 - Roma-VI).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Renato Pirani, aiuto della Clinica Ostetrico-Ginecologica di Bologna, diretta dal prof. P. Sfameni, è stato nominato, in seguito a regolare concorso, primario dell'Asilo di Maternità e brefotrofio di Bologna.

Il prof. Emile Sergent è stato chiamato a coprire la cattedra di clinica medica propedeutica dalla Facoltà medica di Parigi.

Egli non proviene dalla carriera universitaria, ma da quella ospedaliera: era medico-capo all'Ospedale della Charité. Con J. Lucas-Championnière aveva fondato nel 1907 l'« Association d'Enseignement médical des Hôpitaux de Paris ».

LIBERE DOCENZE.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Borghi M. in patologia chirurgica a Genova; Ferrari P. in anatomia normale a Modena; Lucarello V. in clinica chirurgica e medicina operatoria a Parma; D'Alessandria P. e Letizia D. in oto-rino-laringoiatria a Roma; Simula U. in medicina operatoria a Sassari; Bandettoni F. in neuropatologia, Biffis U. in patologia medica e Manobrio G. in patologia chirurgica a Torino.

Sono autorizzati a trasferire la libera docenza i dottori: Funaioli G. in antropologia criminale, da Torino a Roma; Ciampolini A. in medicina legale degli infortuni, da Firenze a Siena.

NOTIZIE DIVERSE.

Corso di perfezionamento in Pediatria.

Col 15 marzo 1922 avrà inizio presso la Clinica Pediatrica al Policlinico Umberto I in Roma, il 2° corso di perfezionamento in Pediatria, della durata di tre mesi circa. Saranno impartiti i seguenti insegnamenti: 1) Lezioni cliniche (professor Luzzatti); 2) Malattie infettive e dei neonati (prof. Modigliani); 3) Puericoltura ed Igiene infantile (prof. De Villa); 4) Semeiotica infantile ed esercitazioni (proff. Santangelo, Genoese e Sironi).

Domanda in carta da L. 1.15 al Rettore della R. Università, quietanza di L. 200 rilasciata dall'Economo. Si dovranno pure versare alla Cassa della R. Università L. 79.10 per sopratassa di esame, ecc.

Corso di perfezionamento in Igiene.

Il 24 aprile, nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Palermo, avrà principio il corso bimestrale di Igiene pratica, per gli aspiranti alla carica di Ufficiale sanitario. Si richiede la laurea in medicina e chirurgia o in veterinaria, chimica, chimica e farmacia, scienze naturali. Tassa di L. 300.

È desiderabile che gli ammessi siano forniti di un microscopio adatto per le ricerche batteriologiche. In mancanza, l'uso del microscopio può essere concesso dall'Istituto dietro pagamento di lire 50. Essendo limitato il numero dei posti, nell'ammissione si terrà conto dell'ordine di presentazione delle domande.

Corso sulla tubercolosi osteo-articolare e ganglionare.

A cura dell'« Association d'Enseignement Médical des Hôpitaux » il dott. Sorrel, chirurgo degli Ospedali di Parigi, terrà nell'Ospedale Marittimo di Berck sei lezioni sul trattamento delle tubercolosi osteo-articolari e ganglionari, dal 10 al 15 aprile. Ogni lezione sarà seguita da operazioni, punture, allestimento d'apparecchi, ecc.

Per qualsiasi informazione rivolgersi al dott. Parin, Hôpital Maritim, Berck-Plage (Pas-de-Calais, Francia).

Spedalità dei sudditi esteri.

Il Ministero dell'Interno — Direzione Generale dell'Amministrazione Civile — ha diramato ai Prefetti una circolare, nella quale si rileva che le spese di spedalità di sudditi esteri e di sconosciuti, già numerose nel decorso esercizio finanziario, sono andate e vanno tuttora continuamente aumentando per il fatto che in questi ultimi tempi si è verificato un notevole aumento nel numero degli individui ricoverati nei luoghi di cura ed anche, è a presumersi, perchè gli ospedali non sempre curano, come dovrebbero, di dare avviso alle autorità competenti di detti ricoveri, qualora gli stessi si protraggano oltre il tempo stabilito o siano in seguito riconosciute croniche le malattie che diedero luogo al ricovero, sebbene tali non fossero apparse al momento dell'ammissione.

Ad evitare, pertanto, all'Erario un onere che va diventando sempre maggiore, si pregano vivamente i Prefetti di richiamare le Amministrazioni ospedaliere e manicomiali alla stretta osservanza degli articoli 115 e 116 del Regolamento amministrativo per l'esecuzione della legge 17 luglio 1890, n. 6972.

Donazione cospicua.

Il marchese Alberto Rizzardi, per agevolare la costruzione del nuovo ospedale per malattie acute a Bologna, che prenderà da lui il nome, ha donato la somma di un milione in contanti.

" Il Medico Italiano ".

Il 20 febbraio un centinaio di colleghi di Milano, alcuni dei quali colle gentili signore, vollero affermare la loro solidarietà col « Medico Italiano », e festeggiarne i principali redattori, adunandosi a cordiale simposio.

Il dott. Luigi Villa diede in versi meneghini il saluto ai commensali; il prof. Bertazzoli, presidente dell'Ordine, fece la storia del « Medico Italiano », sorto ne' momenti della guerra a rinsaldare nella coscienza de' sanitari le note d'amor patrio; egli consegnò ai dottori Fraccari ed Ermolli due penne magnifiche stilografiche, omaggio dei colleghi; il dott. Fraccari ringraziò, rilevando che molto il periodico deve alla collaborazione dei colleghi; il dott. Enrico Villa recò, in versi, la solidarietà de « l'Avvenire Sanitario ».

Nel giornalismo medico.

La « Berliner Klinische Wochenschrift » e la « Therapeutische Halbmonatshefte » si sono fuse nella « Klinische Wochenschrift » settimanale di-

retta da C. von Noorden, C. Posner, A. Gottstein, V. Salle e P. Jungmann, édita da Julius Sprienger di Berlino (W. 9) e da J. F. Bergmann di Monaco.

***

Ha sospeso le sue pubblicazioni la pregevolissima «Rivista Internazionale di Sanità Pubblica» che era pubblicata in quattro lingue (francese, inglese, italiano e spagnuolo) a Ginevra, per cura della Lega delle Croci Rosse. La sospensione è dovuta a deficienza di fondi e al nuovo programma che la Lega intende svolgere nel campo della propaganda igienica.

Lo scioglimento della Università tedesca di Strasburgo.

Il Governo francese ha risolto in modo molto semplice la nazionalizzazione della Università di Strasburgo. Il 30 novembre 1918 venne dichiarato decaduto il rettore e il 1° dicembre fu notificato ai professori l'ordine di partenza per il giorno successivo autorizzandoli a portare seco un bagaglio di 40 chilogrammi.

Biblioteca privata, collezioni, documenti di studio personali esistenti negli Istituti, niente.

La questione dei mobili di casa sarebbe poi stata regolata dal Governo.

La partenza del Corpo accademico fissata per le ore 15 del giorno 2 dicembre fu sottolineata da qualche scena disgustosa.

Il Senato della Università di Berlino ha riferito alle Università del mondo lo svolgimento dei fatti. (*Pathologica*).

La IV Fiera Campionaria Internazionale di Praga.

Praga, la bellissima capitale della Repubblica Cecoslovacca ha preparato alacremente la sua Fiera primaverile, che vuole rendere manifestazione perfetta e riuscitissima nel magnifico slancio economico del suo paese, dimostrando in pari tempo la importanza che ha saputo conquistarsi come mercato internazionale.

Fra le industrie rappresentative della Cecoslovacchia tiene uno dei primi posti l'industria del vetro boemo. Tra le altre industrie che vanta la Cecoslovacchia è quella dei prodotti chimici.

Praga, non invano citata fra le più belle città del mondo col superbo appellativo «Roma del Nord», sorprenderà il visitatore per le sue tradizioni storiche e per le sue romantiche bellezze, rilasciandogli un'impressione indimenticabile. Superfluo notare, che accoglierà i benvisti ospiti italiani coi più amichevoli sentimenti, memore dei burroscasosi giorni della guerra, quando le valorose legioni cecoslovacche combattevano a fianco ai gloriosi figli d'Italia per gl'ideali dell'indipendenza e della libertà.

La fiera ha luogo dal 12 al 19 marzo.

Per qualsiasi informazione rivolgersi al Municipio di Praga, cas. post. n. 423.

Missione serba in America.

Per studiare l'organizzazione ed il funzionamento delle Istituzioni Ospedaliere e della Fondazione Rockefeller, il Governo Serbo ha inviato negli Stati Uniti d'America una missione che comprende il ministro dell'Igiene pubblica e un insegnante della Scuola medica di Belgrado.

Epidemie in Russia.

Nella relazione della Croce Rossa germanica sulla propria attività nelle regioni russe devastate dalla fame, sono contenuti i seguenti rilievi sui distretti di Kasau, Samara e Saratow:

«Ogni giorno muoiono migliaia di individui di fame e di epidemie diverse. I cadaveri rimangono ammonticchiati sulle vie. Si è assodato che alcuni genitori hanno mangiato parte dei cadaveri dei propri figli.... (!) I soccorsi non possono giungere in tempo, anche perchè ormai sono morti di fame oppure sono stati mangiati tutti gli animali da tiro. Come conseguenza della fame hanno fatto la loro apparizione nei centri colpiti dalla carestia pericolose epidemie, le quali si estendono con grande rapidità in tutto il paese. Il colera, la dissenteria, il tifo e la peste costituiscono un serio pericolo non solo per la Russia, ma anche per tutta l'Europa. Contro questo pericolo conviene mettere in guardia i Governi esteri perchè ne tengano conto nell'eventualità di una ripresa delle relazioni con la Russia».

Diminuzione degli studenti in medicina in Germania

Nel semestre estivo del 1921, v'è una diminuzione di 2883 rispetto al semestre estivo del 1920. Erano iscritti nelle Università tedesche 15870 studenti di medicina (13933 uomini e 1937 donne).

A favore dei medici bisognosi dell'Europa Centrale.

È stata aperta una sottoscrizione dai medici brasiliani promossa dall'ambasciatore del Brasile a Vienna; essa ha fruttato 150-160 milioni di corone, da ripartire tra i medici bisognosi dell'Austria e della Germania.

Laboratorio di medicina industriale a Monaco di Baviera.

È stato impiantato dal Governo Bavarese un Laboratorio di medicina e igiene industriale. Vi sono eseguite gratuitamente le analisi del sangue e dell'urina nei casi sospetti di saturnismo.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

«Zacchia», sett.-ott. — A. MASSARI. Aborto e parto prematuro.

The Japan Medical World, 15 nov. — T. SAKAE e T. TSUTSUMI. La sedimentazione rapida delle emazie nelle gestanti. — M. KODAMA. Il complemento opsonico.

La Prensa Médica Argentina, 30 nov. — O. IVANISSEVITCH e E. GONZALES ARCE. Torsione di appendici epiploiche. — P. M. BARLARO. L'asma.

Annali d'Igiene, nov. — I. ALTARA. Autoantigeno-, emo- e sieroterapia nelle tripanosomiasi. — E. PETRICCIONI. Streptococchi della bocca e loro rapporto con le polmoniti post-influenzali.

Tubercolosi, nov. — G. SQUARTI. Sindromi iniziali della meningite tubercolare.

Quaderni di Psichiatria, nov.-dic. — N. PENDE. Endocrinologia e psicologia.

Berliner Klinische Wochenschrift, 12 dic. — A. MAGELSSEN. Il genio epidemico. — G. HETÉNYI. Diabete mellito e urobiligenuria.

The Practitioner, dic. — R. ARMSTRONG-JONES. Epilessia e forme affini. — R. L. SPITTEL. Uretriti non gonococciche.

British Medical Journal, 17 dic. — J. P. STEWART. Fenomeni respiratorii nelle malattie nervose. — J. IUKSTER. Azione battericida del succo gastrico.

La Riforma Medica, 17 dic. — F. D'ONGHIA. Sulla dissociazione volitiva del respiro.

Zentralblatt für innere Medizin, 17 dic. — H. PRIBRAM e F. EIGENBERGER. Il contenuto in colloidi dell'urina umana.

Studium, 20 dic. — G. LODONI. La crisi emoclasica nella malaria cronica.

Journal des Praticiens, 24 dic. — A. CANTONNET. Il riflesso lacrimale.

British Medical Journal, 24 dic. — Alimentazione e ritardi dello sviluppo. — G. BRUTON SWEET. Etiologia del rachitismo.

The Lancet, 24 dic. — B. SHAW. Uremia ed iperpiesia.

Bulletin de l'Académie de Médecine, 20 dicem. — COUTIÈRE. Inalazioni di polveri calciche e d'anidride carbonica contro la tubercolosi.

Berliner Klinische Wochenschrift, 26 dic. — W. HIS. Natura e forma delle artriti croniche.

La Presse Médicale, 28 dic. — L. BÉRARD e CH. DUNET. Malattia cistica della glandola di Bartolino.

Archivio Italiano di Chirurgia, dic. — G. PINARDI. Le lesioni dei menischi articolari del ginocchio e loro trattamento. — M. BUFALINI. Piurie-ematurie di difficile diagnosi (Papillite tubercolare e pielite granulosa).

La Clinica Pediatrica, IX. — A. SIMONINI. Anomalie di forma e posizione dell'intestino nell'infanzia.

The Practitioner, gen. — L. GRANT. Educare il paziente. — G. EVANS. L'arteriosclerosi.

Folia Gynaecologica, 1. — FORNERO. Gravi sindromi cliniche da disfunzioni genitali. — BRUGNATELLI. Il significato fisiopatologico degli elementi interstiziali.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 20 Marzo 1922 Fasc. 12

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

La febbre miliare.

Dott. MARIA SCELBA
assistente degli ospedali di Roma.

Nella *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* (n. 42, anno XLII), il dott. Scoccia ha succintamente parlato di alcuni casi di febbre miliare da lui osservati nel marzo u. s. fra gli equipaggi di alcune navi da guerra.

Questa malattia, che nei tempi passati fu oggetto di lunghe discussioni e di studî accurati, è divenuta ai giorni nostri estremamente rara e le descrizioni che si leggono nei trattati anche recenti di Patologia si riferiscono quasi per intero a quanto fu osservato nelle epidemie dei secoli scorsi. È discusso se la così detta «sudamina inglese» che si manifestò sotto forma epidemica in quasi tutta l'Inghilterra nei secoli XV e XVI debba identificarsi con la febbre miliare: le prime descrizioni che non lascino dubbio sulla legittimità dell'affezione sono quelle che si trovano nella letteratura a proposito dell'epidemia che dal 1718 al 1733 si ebbe in Picardia (suette des Picards). Nel XVIII e nel XIX secolo si susseguirono nei varî dipartimenti francesi numerose manifestazioni sempre sotto forma endemo-epidemica e la febbre miliare veniva considerata malattia di terra francese perchè raramente osservata al di fuori della Francia. Tuttavia anche in Italia si sono avute piccole epidemie dal 1715 fino alla seconda metà del secolo scorso ma esclusivamente nelle regioni settentrionali.

Epidemie più recenti non si trovano citate: senza dubbio la malattia è andata man mano perdendo di frequenza non solo ma anche di intensità, poichè nelle osservazioni recenti non troviamo quei caratteri gravi e letali come se ne descrivono nella letteratura.

Tanto nei casi dello Scoccia quanto in quei pochi che mi accingo ad esporre la malattia ebbe un decorso estremamente benigno: ed è appunto per la nuova fisonomia che nei casi sporadici può assumere l'affezione e per l'attuale sua rarità che non mi sembra del tutto inutile contribuire anche in piccola parte alla sua casistica. Dei 3 casi, due capitarono quasi contemporaneamente nell'Ospedale di S. Spirito, nel reparto del prof. Nazari, il terzo fu osservato in clientela privata.

Ecco brevemente le storie cliniche dei tre ammalati.

I CASO. — M. A.. di anni 28, meccanico, proveniente da Roma. Nulla di importante nel gentilizio. Da bambino non ha avuto malat-

tie esantematiche. Qualche anno fa ebbe ulcere molli con adenite inguinale. Non ha avuto lues, non ha abusato di alcool.

Il 9 ottobre u. s., in pieno benessere, fu colpito da febbre modica, da artralgie vaghe, da cefalea intensa. A breve distanza dall'inizio della malattia, il paziente si accorse della comparsa di un'eruzione cutanea, prevalente sul tronco, accompagnata da arrossamento diffuso di tutta la cute e da senso di grande bruciore. Non ebbe dolor di gola, non lacrimazione nè fotofobia, non tosse.

L'indomani, persistendo la febbre e l'eruzione, chiese ricovero all'ospedale.

All'esame obbiettivo si riscontrò:

Condizioni generali leggermente depresse. Costituzione scheletrica e muscolare regolari. Pupille uguali e reagenti. Congiuntive non iperemiche. Nulla a carico della mucosa boccale e faringea. Lingua leggermente impaniata. Nulla di notevole a carico dell'apparato linfo-ghiandolare. Polso di frequenza aumentato, regolare. Respiri normali. Temperatura febbrile (38°.2).

Sulla cute della regione anteriore e laterale del torace, sull'addome, sulle braccia, si nota un'eruzione costituita da piccole papule, di dimensione inferiore a quelle di un grano di miglio, di colorito rosso vivo che non si attenua con la compressione, molto ravvicinate le une alle altre, in alcuni punti quasi confluenti, che dànno nel loro insieme alla pelle un aspetto zigrinato. Molte di tali papule hanno sulla sommità una piccolissima vescicola a contenuto torbido. La cute è uniformemente ed intensamente arrossata.

A carico dell'apparato respiratorio e circolatorio nulla di anormale. La milza non appare ingrandita.

Nei giorni seguenti la febbre andò declinando e scomparve per lisi in 4ª giornata di malattia

L'eruzione, raggiunto rapidamente il suo acme, cominciò a impallidire: la pelle assunse una colorazione brunastra fino a che in X giornata si iniziò una fine desquamazione sotto forma di piccole e sottili lamelle: la desquamazione fu accompagnata da prurito.

Il 31 ottobre, l'infermo, sebbene non fosse completamente ristabilito e continuasse anzi a lamentarsi di cefalea e di senso di debolezza, volle lasciare l'ospedale.

Ma il 3 novembre fu costretto a tornarvi raccontando che la sera stessa del 31 ottobre era stato nuovamente colpito da sensazione di bruciore su tutto il corpo e aveva visto ricomparire sulla cute un'eruzione simile a quella già sofferta. Il ritorno dell'eruzione fu accompagnato da febbre modica (38°.4) che iniziò con freddo e fu di breve durata. L'infermo ebbe discreta sudorazione, cefalea, senso di depressione.

La nuova *poussée* di eruzione fu più abbondante della prima colpendo anche regioni per l'innanzi risparmiate, quale il collo, cve era in especial modo diffusa, e gli arti inferiori. L'evoluzione ulteriore fu invece più rapida tanto che il 9 ottobre l'infermo fu in grado di abbandonare l'ospedale completamente ristabilito.

II CASO. — C. U., di anni 25, celibe, spazzino, di Roma.

Nulla nel gentilizio, non bevitore, non lues. Nel 1915 broncopolmonite, nessun'altra malattia pregressa.

L'infermo ammalò improvvisamente il 17 ottobre u. s. Fu colpito da febbre piuttosto alta, da senso di malessere e di prostrazione, da cefalea. Quasi contemporaneamente notò senso di grande calore su tutto il corpo e si accorse che sulla cute del tronco erano comparse piccole e numerosissime macchie di colorito rosso.

Il giorno dopo la febbre e l'eruzione aumentarono e l'infermo chiese ricovero in ospedale.

Nessun disturbo gastro-intestinale, non tosse, diuresi piuttosto scarsa con emissione di urine intensamente colorate. Lieve sudorazione.

All'esame obbiettivo (in II giornata di malattia) si trovò: condizioni generali depresse, stato di nutrizione buono, lingua patinosa, faringe leggermente iperemico, tonsille un po' tumide, polso e respiro senza alterazioni notevoli, temperatura febbrile (39°).

Sulla cute del tronco, nelle regioni anteriore e laterali, sulle braccia, sugli avambracci fino al $^{1}/_{3}$ inferiore, si notava un'eruzione di piccole papule coniche, di colorito rosso vivo, in alcuni punti discreta, in altri confluente, la pelle aveva una tinta diffusamente arrossata.

Sull'apice di molte delle papule si notava una vescicoletta a contenuto opalescente.

Negativo l'esame degli organi interni.

L'infermo ebbe nei primi due giorni di degenza febbre piuttosto elevata che andò poi scomparendo per lisi in IV giornata di malattia.

L'esito dell'eruzione fu simile a quello del I caso.

Verso la fine della prima settimana si iniziò una desquamazione furfuracea accompagnata da prurito.

III CASO. — A. B., 24 anni, cameriera, Roma. Nulla nell'anamnesi famigliare e nell'anamnesi remota.

La malattia attuale fu preceduta da un breve periodo prodromico. Verso la fine del novembre u. s. l'inferma cominciò a non sentirsi più bene. Avvertiva debolezza generale, anoressia, cefalea, aveva scarsa tosse e probabilmente piccole temperature febbrili.

Nella notte del 29 novembre ebbe profusa sudorazione e senso di grande calore. Al mattino seguente notò che sulla cute del tronco era comparsa un'eruzione, formata di piccolissime bollicine rosse, che si accompagnava a lieve prurito. Si misurò la temperatura e vide che aveva febbre (38°). Non ebbe altri particolari disturbi.

All'esame obbiettivo praticato il 1° dicembre si notò: Condizioni generali discrete. Stato di nutrizione un po' scaduto. Note di rachitismo. Lingua impaniata. Nulla a carico della mucosa bronchiale e del faringe. Polso di frequenza leggermente aumentato, ipoteso. Respiri normali. Temperatura febbrile. Nulla a carico del sistema linfo-ghiandolare.

Sulla cute del tronco, lungo la base anteriore, laterale e posteriore del torace, si notava un'eruzione disposta come una larga cintura e costituita da numerosissime e piccolissime papule acuminate appena rilevate sul piano

cutaneo, in gran parte confluenti, di colorito rosso vivo alla base, portanti quasi tutte nel centro una vescicola grande quanto una piccola capocchia di spillo, a contenuto fortemente torbido. Un'eruzione simile ma meno abbondante si notava pure sulle regioni glutee e sulla superficie posteriore del $^1/_3$ superiore delle cosce.

L'esame degli organi interni nulla offriva di anormale, salvo una lieve tumefazione della milza.

L'evoluzione della malattia fu piuttosto rapida: la febbre declinò fino a scomparire del tutto dopo due giorni; l'eruzione non aumentò in diffusione e attraversò le fasi regressive già descritte per gli altri due casi. La desquamazione fu anche qui sotto forma di sottilissime e brevi lamelle e verso il X giorno di malattia non restava sulla cute, al posto dell'eruzione, che una leggiera tinta bruna.

Nella convalescenza persistette piuttosto a lungo un certo stato di astenia.

In tutti e tre i casi esposti furono praticati alcuni esami di laboratorio di cui riferisco brevemente i dati.

L'esame delle urine fu negativo nel I e nel III caso; nel II invece rivelò fin dall'inizio presenza di albumina (0.50-1‰) e nel sedimento centrifugato si trovarono emazie numerose, leucociti, cilindri granulosi e ialino-granulosi, ossia il reperto di una nefrite acuta.

La diuresi, scarsa nelle prime giornate di malattia, andò man mano avvicinandosi alla norma per raggiungere poi la quantità di circa 2000 cmc. nelle 24 ore.

L'albuminuria e il reperto microscopico si mantennero a lungo, protraendo di molto la guarigione completa dell'infermo.

Nella letteratura della febbre miliare è data come molto rara l'albuminuria, non si parla poi mai di nefrite nemmeno come complicanza. D'altra parte il paziente non aveva mai notato in precedenza sintomi che potessero far pensare ad una nefrite anche latente ed inoltre assicurava che durante una precedente malattia (polmonite) l'esame delle urine era apparso del tutto normale. Non è perciò improbabile che esista una relazione causale fra la lesione renale e la malattia di cui trattiamo.

La reazione di Wassermann, praticata nei due casi osservati in ospedale, diede esito negativo.

L'esame del sangue mise in evidenza una lieve diminuzione delle emazie e dell'indice cromatico: non sisteva alcuna alterazione qualitativa a carico dei globuli rossi.

Fu osservato costantemente una leggiera leucocitosi (9000-10000): la formula leucocitaria risultò pressochè normale, solo nel II caso si trovò un lieve aumento percentuale dei leucociti eosinofili (6 %).

L'eosinofilia fu invece costante e notevolissima nel reperto microscopico del liquido vescicolare. Infatti sopra preparati per striscio (il materiale fu prelevato in II giornata di malattia), colorati con ematossilina ed eosina, si vide che dei leucociti polinucleati moltissimi erano forniti di granulazioni acide.

In diverse conte, fatte con l'aiuto di un oculare quadrettato su varî preparati, si trovò una media di 50-60 eosinofili per ogni 100 leucociti.

L'eosinofilia nel sangue è, secondo gli autori, comune in alcune malattie esantematiche e in ispecial modo nella scarlattina ove, nell'acme della malattia, può ascendere a valori enormi (500-1000-3000 cellule eosinofile). Essa è descritta anche in molte malattie cutanee, come nel pemfigo, nella dermatite erpetiforme, nella dermatite da mercurio, nell'urticaria, nel prurigo, negli eczemi (Naegeli).

Nella dermatite erpetiforme (Littré) e nel pemfigo l'eosinofilia, oltre che nel sangue, si trova nelle vescicole e nelle bolle che appaiono addirittura cariche di eosinofili.

Questa particolarità non è citata nella letteratura della febbre miliare (ove si parla semplicemente di leucociti e cellule epidemiche come costituente morfologico del contenuto vescicolare), ed è perciò che stimo utile porla in evidenza.

La diagnosi di febbre miliare nei tre casi esposti fu basata sopra a tutto sui caratteri dell'esantema, che concordano perfettamente, sia per l'aspetto sia per la localizzazione, con quelli descritti dai vari autori.

I sintomi concomitanti e la loro evoluzione furono così strettamente simili nei vari casi da formare della malattia stessa un quadro ben definito, quadro che ricorda molto da vicino quello delle malattie infettive in genere e delle esantematiche in ispecie.

Molto si è discusso sull'esistenza della febbre miliare come entità morbosa specifica: ancora oggi si ritiene da alcuni che l'esantema miliare, che fu il sintomo differenziale più caratteristico nelle descrizioni dei secoli scorsi, non sia un esantema proprio di una data infezione, ma piuttosto un sintomo accidentale di numerose condizioni patologiche e in ispecie di quei processi infettivi accompagnati da febbre e sudori. È noto che in passato, a quanto riferiscono gli autori, si fecero confusioni fra l'esantema miliare idiopatico e l'eruzione che appare come epifenomeno in diverse malattie (reumatismo articolare acuto, febbre puerperale, ileotifo, tifo esantematico, malaria, ecc.).

Nei tre casi descritti ogni discussione in proposito è inutile: si può dire che l'eruzione ha rappresentato per sè stessa tutta la malattia, e noi troviamo perfettamente riprodotti i vari periodi che gli autori assegnano alla febbre miliare: il periodo di invasione, il periodo eruttivo, il periodo della desquamazione. Anche la ricaduta che si ebbe ad osservare nel primo caso è citata come non infrequente nella letteratura. Mancarono invero alcuni sintomi speciali che si trovano nelle descrizioni cliniche, quali le turbe nervose, i fenomeni vascolari, la dispnea, ecc. Ma se tali sintomi morbosi erano ritenuti come caratteristici nelle prime epidemie, essi mancano generalmente nei casi sporadici ed in quelli distinti dagli autori come «casi benigni».

Quanto alle alltre malattie esantematiche che potrebbero più facilmente all'inizio ingenerare dubbi diagnostici, come il morbillo e la scarlattina, mi sembra superfluo insistere per dimostrare quali e quanti caratteri differenziali potessero far subito scartare, nei nostri casi, simili ipotesi.

Concludendo, l'interesse dei casi clinici descritti mi sembra rappresentato:

1° dalla rarità attuale della malattia, di cui non sono stati qui in Roma osservati casi da molti anni;

2° dall'aspetto che la malattia stessa può assumere all'infuori delle epidemie;

3° dalla particolarità costantemente osservata della presenza, cioè, nel liquido vescicolare di cellule eosinofile in numero rilevante.

Il 3° fascicolo del 1922 (15 marzo) della **SEZIONE CHIRURGICA** del «Policlinico», che trovasi in corso di stampa e che appena pronto spediremo ai Signori Abbonati, contiene:

Lavori originali:

I. G. BECCHERLE: **Invaginazione ileo-ceco-colica. Resezione intestinale. Guarigione.**

II. O. CIGNOZZI: **Il distacco totale dell'appendice e l'azione difensiva dell'epiploon.**

III. L. DE LUCA: **Risultati clinici prossimi e remoti dell'erniotomia crurale radicale alla Parlavecchio.**

IV. G. FICHERA: **Contributo alle splenopatie chirurgiche.**

V. G. GIORGI: **La ricostruzione chirurgica degli strati anatomici cranio-cerebrali, ecc.**

Riviste sintetiche.

VI. G. ROCCHI: **Radioterapia profonda.**

E' un grosso fascicolo di 60 pagine che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA** e **MEDICA** potranno ottenere subito inviando cartolina-vaglia di L. **5** al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina 14, Roma.

RICERCHE BIOLOGICHE

ELISABETH-SPITAL DI VIENNA
(III SEZIONE MEDICA E LABORATORIO CHIMICO)
Direttore: Prof. W. FALTA.

Sul "valore d'assimilazione" delle diete per diabetici

per il dott. G. AIELLO (1).

Fino a pochi anni fa era concetto dominante nel trattamento antidiabetico di limitare i carboidrati in ogni tipo di dieta, non imponendo invece nessuna o solo una lieve restrizione nella introduzione degli albuminoidi; più tardi venne dimostrato dal Blum e dalla Scuola di V. Noorden che, ingerendo i diabetici notevoli quantità di sostanze albuminoidee, si causa un peggioramento nelle condizioni di assimilazione e utilizzazione dei carboidrati, andando incontro — più o meno rapidamente — all'acidosi. Il moderno sviluppo del trattamento antidiabetico, con diete dove i carboidrati sono in notevoli proporzioni, si deve al Naunyn, ma più specialmente al V. Noorden ed ai suoi allievi, che — come il Falta — si occuparono con successo di sostituire alla farina d'avena altre farine, per non costringere i pazienti ad una uniformità di cibi, poco atta per cure continuative.

In una precedente rivista sintetica (*Policlinico*, Sezione Pratica, n. 50 del 1921), mi occupai particolarmente di questa cura del Falta comunemente chiamata, nei paesi di lingua tedesca, «cura degli amilacei»; ne misi in rilievo i pregi di semplicità, e riferii sui vari appunti che erano stati mossi al Falta nel Congresso di Wiesbaden 1921, consigliando in pratica ordinaria cure miste di albuminoidi-carboidrati-ortaggi.

Successivamente ho avuto modo di controllare in questo ospedale, e su un gran numero di degenti, gli effetti che si possono trarre dalla somministrazione, o continuata o meglio alternata, di dieta varia composizione (ricche di albominoidi, o di idrati di carbonio, o miste).

Dalle osservazioni comparative che ho potuto fare, viene ad essere anzitutto riconfermata l'ipotesi del Falta, posta a base teoretica della sua cura di amilacei, che cioè la limitazione della ingestione di albuminoidi, implicitamente legata ad ogni dieta ricca di carboidrati, è la causa della efficacia della cura.

---

(1) Le conclusioni delle presenti ricerche sono state riferite al XXVII Congresso di Medicina interna, seduta 28 ottobre 1921.

E nella prescrizione delle diete ai singoli diabetici, ho tenuto per conseguenza in gran conto il quantitativo di azoto dei singoli alimenti, poichè dopo le classiche esperienze del Kolisch (1) e del Fischer (2) è ammesso che negli organismi diabetici (come nei normali) si formi dagli albuminoidi, per speciali processi chimici, dello zucchero. Dalla esperienza sul ricambio di diabetici, seguiti per vari anni, si è tratta la seguente proporzione-media: 1 grammo di azoto dà 5 gr. di destrosio.

Di ogni dieta prescritta ai diabetici è indispensabile tener quindi conto del «valore in zucchero» almeno approssimativo, e lo si può ammettere costituito dalla somma dei carboidrati (come tali introdotti nell'alimentazione) più il quantitativo di azoto, contenuto nei cibi, moltiplicato, però, per cinque. Volendo esprimere questo in una formula si ha: VZ (valore in zucchero) = CI (carboidr.) + 5 N (azoto).

Ad esempio, se una dieta contiene gr. 5,48 di azoto negli albuminoidi di cui è composta, e se i carboidrati ammontano a 144,8 gr., valori rilevabili dalle comuni tabelle che indicano la composizione centesimale dei cibi, si ha che

$$144{,}8 + 27{,}40\ (5{,}48 \times 5) = 172{,}70\ \text{VZ}$$

Stabilito così il «valore in zucchero» fornito dagli alimenti azotati (finora in pratica completamente trascurato) si possono coll'uso della semplice formula di cui sopra, comporre delle diete variate, dove sieno invertite rispettivamente le quantità di carboidrati e di albuminoidi: ottenendo così l'effetto benefico di alternare diete antichetoplastiche — con prevalenza di carboidrati, per gli acetonemici specialmente — a diete ricche di albuminoidi. Purchè in tali diete il calcolo del «valore in zucchero» dia risultato pressochè identico, le condizioni della glicosuria o migliorano oppure restano invariate, sparendo però l'acetone dalle urine.

Da ricordare poi che le singole specie di albumina si comportano differentemente: l'albumina vegetale (prescritta nei diabetici, fin da molti anni fa dal De Renzi) viene facilmente immagazzinata nell'organismo e pertanto il suo «valore in zucchero» non può essere ben calcolato, dando lieve margine di errore.

La glicosuria è certo tanto maggiore quanto più rapidi sono la scomposizione ed il riassorbimento dell'albumina ingerita.

---

(1) Julius Springer, Berlin, 1907, e Ber. d. Chem. Gesell., Bd. 34.

(2) Urban e Schwarzenberg, 1918, Ueber *Diabetes: Reiztheorie, Behandlung.*

È noto inoltre che in diabetici non troppo gravi, dopo un lungo periodo di dieta con prevalenza di albuminoidi, viene ad essere, patologicamente, scisso del glicogeno.

Finalmente le cause nervose sono di grande influsso sulla glicosuria diabetica e possono quindi spostare notevolmente ogni calcolo basato sulla formula del «valore in zucchero», ma si tratta di casi non frequenti.

***

Nella generalità dei casi, si può però dimostrare, sia nei diabetici leggeri che gravi, come l'escrezione di zucchero non cambi considerevolmente se ad un periodo di dieta prevalentemente albuminoidea, e quindi povera di carboidrati, si fa seguire un periodo di dieta ricca di carboidrati, e quindi povera di albuminoidi: purchè i due tipi di dieta sieno costituiti in modo che abbiano approssimativamente lo stesso «valore in zucchero».

Mentre dunque l'azione di questi due tipi di dieta sulla glicosuria quasi non differisce, straordinariamente diversa è invece la loro influenza circa la formazione di acidi: la dieta con prevalenza di albuminoidi (stretta di dieta di V. Noorden) è ormai accertato che produce aumento dell'acetone (azione chetoplastica) mentre la dieta idrocarbonata (es. cura degli amilacei di Falta) produce abbassamento dell'acetone (azione antichetoplastica).

Nello studio che si fa di *ogni* caso di diabete mellito (ed in nessuna affezione come in questa è necessario tener conto dei caratteri individuali ed individualizzare) è dunque necessario ricercare, colle diete di prova non solo la tolleranza per i carboidrati, ma anche «la tolleranza per l'albumina»: meglio la tolleranza per il determinato «valore in zucchero» della dieta.

Per *«valore di assimilazione»* si intende poi la quantità di carboidrati veramente distrutta (bruciata) nell'organismo ed è facile calcolarlo, sottraendo la cifra dello zucchero escreto per i reni dal «valore in zucchero» della dieta adoperata. Il «valore di assimilazione» si abbassa gradatamente coll'aggravarsi della forma, ed ha quindi importanza clinica, come appresso cercherò di dimostrare.

Per ciò che riguarda le varie forme del diabete, è in generale assodato, coll'esperienza degli ultimi anni, che non è prudente sottrarre durevolmente, a nessun diabetico, i carboidrati.

Nei casi lievi, con buon potere assimilativo — valore di assimilazione alto — si può tranquillamente sostituire a poco a poco con car-

boidrati una parte del «valore in zucchero» della dieta.

Nei casi di media gravità è consigliabile un trattamento intermittente nel quale, p. es., ad un periodo di dieta prevalentemente albuminoidea venga fatta seguire una dieta di farinacei (azione antichetoplastica).

Assai utile riesce pure l'intercalare di qualche giorno di regime d'ortaggi (dieta molto scarsa circa il «valore in zucchero») o di semidigiuno.

Nei casi gravi, dove il potere assimilativo è considerevolmente abbassato, si devono sempre più spesso prescrivere le cure di farinacei, per combattere l'acidosi, ed è necessario, per agire contro l'iperglicemia, di aumentare i «giorni di erbaggi» e di digiuno.

In casi assai gravi, quando i valori di assimilazione sono bassissimi, deve essere sempre più ridotta la quantità di albuminoidi, a causa della dannosa loro azione chetoplastica.

Falta ha descritto parecchi casi di diabete, lungamente trattati con diete ricche di carboidrati e di ortaggi o legumi, in cui la aggiunta di piccole quantità di albumina animale ha causato un elevamento minaccioso dell'acidosi: anch'io ebbi agio di osservare frequentemente di questi casi, in soggetti giovani.

Data la gravità di queste forme di diabete, con nessun trattamento è possibile impedire l'abbassamento dei valori di assimilazione e solo colle cure a base di carboidrati si riesce a differire, spesso per lungo tempo, l'avvelenamento acido: i sintomi dell'acidosi vengono limitati ad un minimo, con un trattamento dietetico vario e gradevole, non dimenticando il recente appello di Kolisch (Congresso di Wiesbaden 1921) a criteri di umanità.

Nelle varie sale dell'Elisabeth-Spital ho potuto seguire, per dei mesi, molti casi di diabete mellito di varia gravità di forma, constatando su ognuno gli effetti dei vari trattamenti dietetici: nel laboratorio chimico, giornalmente, venivano accertati, per ogni caso, il bilancio dello zucchero e dell'azoto; eventualmente il dosaggio dei corpi acetonici (metodo di Happert-Messinger).

Tra le molte osservazioni, riporto, per brevità, solo dei cenni sulla storia clinica e sul trattamento di due casi (forma grave e forma di media gravità) onde mettere in rilievo l'importanza e la semplicità del calcolo del «valore in zucchero» delle diete, e dei «valori di assimilazione» ad esso conseguenti.

I dati sul contenuto in N ed in CI (carboidrati) dei singoli alimenti somministrati, sono stati tratti dalle tabelle del Falta ed in parte del König. Per il calcolo del VZ (valore in zucchero) ho seguito la formula prima riportata. L'iperglicemia è stata accertata col metodo di Bertrand.

CASO I. — H. Karl, di anni 21, ragioniere. Diabetico da un anno. Nessun precedente morboso personale e nulla all'anamnesi familiare. Per l'andamento clinico, l'assenza di acidosi, per la discreta tolleranza (sia in rapporto ai carboidrati che gli albuminoidi) e per il discreto potere assimilativo, il caso è stato classificato tra quelli di media gravità.

Dal 3 al 5 marzo 1921, si somministra la dieta seguente («stretta dieta», con prevalenza cioè di albuminoidi e aggiunta di pane): carne gr. 100, 2 uova, 500 gr. di ortaggi, 200 gr. di grassi, 150 gr. di pane, 1/3 litro di latte.

Contenuto in

	N	CI
100 grammi di carne	4 gr.	—
2 uova	2 „	—
300 gr. cavoli cotti coll'aceto	—	15.0
200 gr. altri erbaggi cotti coll'aceto	—	10.2
1/3 litro di latte	1 gr.	12.0
150 gr. pane comune	1.5 „	90.0
Totale	8.5	127.2

Questo tipo di dieta contiene dunque albuminoidi pari a gr. 8,5 di azoto. Secondo la nota formula moltiplichiamo 8,5 per cinque volte e si ha la cifra 42,5, che esprime il «valore in zucchero» delle sostanze albuminoidee ingerite. Questa cifra si somma all'altra 127,2 direttamente desunta dalla quantità di carboidrati ingerita, e si ha:

127,2 + 42,5 = 169,7: VZ della dieta.

Essendovi *aglicosuria* dopo questo trattamento, il valore di assimilazione è 169,7 corrispondente cioè al VZ.

Dal 20 al 24 aprile 1921 si somministra la seguente dieta (amilacea, tipo C del Falta (1): 30 gr. di fagiuoli (o altri legumi), 60 gr. di maccheroni, in due porzioni, 30 gr. di farina di avena, 800 gr. di erbaggi, 200 gr. di grassi, 50 gr. di pane comune; bevande non alcooliche.

Contenuto in

	N	CI
gr. 50 pane	0.50	30.0
„ 30 fagiuoli	1.18	14.6
„ 60 maccheroni	0.90	44.2
„ 30 farina d'avena	0.50	22.5
„ 500 cavoli (cotti coll'aceto)	—	15.0
„ 300 insalata erbaggi	2.4	18.50
Totale	5.48	144.80

Il valore in N=5,48 si moltiplica, secondo la nota formula, per cinque volte e si ha 27,40 che aggiunto al calore in CI=144,80 dà un totale di 172,70=VZ.

Essendovi, anche con questo trattamento, *aglicosuria*, il valore di assimilazione della dieta si calcola in 172,20, pari quindi al V.Z.

(1) W. FALTA. *Die Mehlfrüchtekur* (*la cura degli amilacei*) *bei Diabetes Mellitus*. Wien, Urban e Schwarzenberg, 1920.

Comparando i dati che ci forniscono i due tipi di dieta, la prima più ricca di albumina e la seconda più ricca di carboidrati, ne deduciamo che il valore di assimilazione è eguale (risp. 169 e 172).

Nessuna delle due diete ha fatto ricomparire la glicosuria.

La iperglicemia durante il primo periodo si è mantenuta da 1,90 a 2,00 per mille; colla dieta carboidrata è discesa a 1,60-1,73‰.

CASO II. — Parz. Ill... F., di anni 30, benestante. Nessun precedente morboso familiare e personale. Soffre i sintomi diabetici da tre anni; per l'andamento clinico, per la glicosuria che persiste ad ogni trattamento, per l'acidosi che spesso insorge, il caso viene classificato tra i gravi.

La tolleranza, sia per i carboidrati che per gli albuminoidi è scarsa; i valori di assimilazione sono bassi.

Dal 5 all'8 aprile 1921 si somministra una dieta idrocarbonata (cura degli amilacei di Falta, tipo C) così composta: 30 gr. di riso, 30 gr. di fiocchi di avena, 60 gr. di fagiuoli (legumi), 1000 gr. di ortaggi, 200 gr. di grassi, 40 gr. di pane comune bianco.

Contenuto in

	N.	CI
gr. 30 di riso	0.3	26.2
„ 30 di fiocchi di avena	0.59	24.7
„ 60 di fagiuoli	2.6	29.2
„ 40 di pane bianco	0.4	24.0
„ 600 di cavoli cotti coll'aceto	—	18.0
„ 400 di cavoli bianchi (od altri erbaggi di analogo contenuto in N e Ci)	1.8	9.2
Totale	5.69	131.3

Zucchero escreto nelle 24 ore successive: in media (di 4 giorni) gr. 33.8 per giorno.

Acetone (mentre prima: diversi gr. ‰) soltanto tracce.

La cifra 5.69, che indica il contenuto in N degli alimenti introdotti, viene moltiplicata per 5 e si ha il «val. in Z» di 28.45. Questo aggiunto a 131,3 «valore in Z» dei carboidrati ingeriti dà 159,75 V.Z. della dieta.

Per calcolare il «valore di assimilazione» dato dalla dieta stessa, si sottrae il V.Z = 159,75 dalla cifra indicante la media della glicosuria 33,8: si ha 125,95 (valore piuttosto basso).

Lo stesso ammalato, dal 18 al 20 maggio 1921, venne sottoposto al trattamento con una dieta prevalentemente albuminoidea (stretta dieta, tipo I): 200 gr. di carne, 2 uova, 50 gr. di cacio, 1000 gr. di ortaggi, 1/3 litro di latte, 200 gr. di grassi.

Contenuto in

	N	CI
200 gr. di carne	8	-
2 uova	2	-
Cacio gr. 50	2	-
600 gr. spinaci	4.32	13.8
400 „ cavoli bianchi	3.5	25.0
1/3 litro latte	1	12.0
Totale	20.82	50.80
20.82 per 5 volte = 104.10		+ 104.10
V. Z. della dieta		= 154.90

Per calcolare il valore di assimilazione, si sottrae dal V.Z. la cifra indicante la media della glicosuria (per 4 giorni) = 33,6. Si ha 154,90 — 33,6 = 121,30: Tale valore d'assimilazione è ancora più basso di quello avutosi dopo la dieta di carboidrati.

L'acetone, dopo questo trattamento, salì a 3,0/3,5 gr. p. mille (mentre nella precedente somministrazione di dieta idrocarbonata, vi erano sole tracce).

Comparando i dati che ci forniscono i due tipi di dieta, la prima più ricca di carboidrati e la seconda prevalentemente albuminoidea, si rileva che il valore di assimilazione di entrambi e di poco differente (125 e 121), ma l'iperglicemia si è riscontrata più elevata dopo la dieta albuminoide (3,45 p. mille). Dove ancora più appaiono evidenti i vantaggi della dieta idrocarbonata è nel fare fortemente abbassare l'acidosi (azione antichetoplastica).

Concludendo, nei casi di diabete grave o di media gravità, è utile alternare con i tipi di dieta albuminoidea i vari tipi di cure idrocarbonate. Col progredire della gravità del caso, si deve tendere a sostituire con carboidrati la maggior quantità possibile di albuminoidi, tenendo presenti i rispettivi «valori in zucchero». Lo stabilire i valori di assimilazione dopo ogni trattamento dietetico ci dà un utile indice del grado di utilizzazione degli alimenti nell'organismo diabetico.

Tra le cure di carboidrati, quella degli amilacei del Falta è consigliabile, per ormai lunga esperienza: comprendendo poi essa numerosi cibi che si confanno alle abitudini alimentari italiane, e con grande varietà dei modi di somministrazione, è sperabile che venga anche in Italia esperimentata, non solo nella pratica ospedaliera ma anche nella ordinaria (privata, ambulatoria).

CONFERENZE.

Aspetti generali della lotta antimalarica.

Dott. MASSIMO SELLA.

(Continuazione e fine, vedasi fascicolo precedente).

Intervento dello Stato.

Ed ecco che siamo condotti ad esaminare la lotta antimalarica da un altro dei suoi lati più importanti: l'azione legislativa e statale e quella delle amministrazioni locali.

Vogliamo considerare due esempi tipici di legislazione, che differiscono fra loro nel principio che le ispira: l'italiana e l'americana, o per meglio dire di alcuni Stati della Confederazione.

Legislazione italiana - Necessità di scindere la lotta in azioni locali.

L'Italia ha avuto il grandissimo merito di essere stata la pioniera e di aver creato, per

opera di Celli, una legislazione antimalarica che per i suoi pregi è stata imitata da vari paesi, Algeria, Marocco Francese, Grecia, Bulgaria, alcune repubbliche dell'America del Sud.

Essa ha dato un valore preponderante alla lotta con la chinina e si può dire che, nel complesso, tutti i benefici conseguiti in Italia si debbano alla chinina; la legge sulla chinina di Stato, che s'ispira al principio di far pervenire chinina garantita e abbondante, a basso prezzo o gratuita, cioè a carico dei datori di lavoro, ai malarici e ai sani: ecco il pilastro dell'edificio. Fallita, ad onta delle statistiche, la speranza riposta nella profilassi volontaria dei sani, restò sempre il notevole beneficio prodotto dalla ingestione, sebbene irregolare e irrazionale, di chinina da parte degli ammalati, beneficio che si manifestò nella rapida diminuzione della mortalità, scesa da 41,7 per centomila nel 1901, a 5,7 nel 1914 (possiamo trascurare l'aumento posteriore, ascrivibile a condizioni create dalla guerra).

Non si deve tacere che a questa diminuzione contribuirono anche altre cause, in relazione al progredire del benessere generale, e di cui beneficiarono non solo l'Italia, ma la maggior parte dei paesi civili; per es. gli Stati Uniti, che in un gruppo di 20 città del Sud, nello stesso periodo considerato per l'Italia, videro diminuire spontaneamente la malaria dell'80%, secondo le cifre di **Hoffman** (1).

Ma per un'altra ragione i risultati reali ottenuti in Italia con le leggi attuali non sono misurabili con i risultati apparenti, e cioè con la diminuzione della mortalità, ed è che la morbilità è ben lungi dall'essere diminuita in proporzione, mentre quella che conta è appunto quest'ultima. La legislazione italiana ha reso molto, ma anche ha dato tutto ciò che poteva dare; è venuto il momento di tentare di far un passo innanzi.

I difetti di questa legislazione sono: primo, che non s'appoggia abbastanza alla lotta contro gli anofeli; secondo e principale, che combatte la malaria con disposizioni generali, le quali dovrebbero agire automaticamente; non si ispira cioè al principio di frammentare la lotta in azioni locali intensive, in cui tutti gli elementi siano coordinati, sotto una direzione, un controllo ed una responsabilità unica, e in cui i metodi siano scelti liberamente in conformità a condizioni esistenti, non fissati da imposizioni universali.

Per dire il vero, questa necessità incomincia ad essere avvertita anche in Italia. La Commissione per lo Studio delle Opere di Piccola Bonifica fu nominata dal Ministro dell'Interno appunto per esaminare i vantaggi dell'applicazione dei metodi antianofelici in campagne speciali. Ricordo ancora che nel 1920, al Congresso della Federazione Igienica a Trieste, il prof. Dionisi (1) proponeva la costituzione di uffici tecnici provinciali per la difesa dalla malaria, sotto il controllo di un ufficio centrale, con l'incarico di studiare dei piani di lotta e di farli eseguire dalle organizzazioni locali più interessate, previa richiesta e concessione dei fondi da parte delle autorità centrali.

E l'opinione di altri potrebbe ancora esser citata (2).

Legislazione americana.

Passiamo ora alla legislazione americana e prendiamo come modello quella di New Jersey, considerata la migliore.

In questo Stato la lotta contro la malaria nell'«upland» e il controllo delle «salt marshes» vengono considerate con gli stessi criteri. La legislazione è elaborata essenzialmente sul principio delle unità locali, mentre dal lato tecnico si basa quasi esclusivamente sulla lotta antilarvale, compresa s'intende la sistemazione delle acque, trascurando a torto la lotta con la chinina ed in generale contro l'uomo malarico.

Il Sindaco o l'Ufficio d'Igiene di una comunità (3) invitano la Stazione Sperimentale di Agricoltura dello Stato a fare un'inchiesta per determinare i focolai larvali, le misure da prendere e il loro costo. Se i primi si estendono fuori della giurisdizione della comunità, le comunità vicine vengono interessate.

Le autorità comunali sono allora autorizzate ad appropriarsi con tasse il 75% della somma necessaria ad intraprendere il lavoro, e la rimanenza vien pagata dallo Stato su un fondo speciale, purchè non sorpassi una certa somma annua; il lavoro è controllato dalla Stazione di Agricoltura. (Atto del 1905).

Esistono inoltre delle Commissioni speciali

---

(1) Plea and Plan for the eradication of Malaria throughout the Western Emisphere, *Prudential Life Insurance Co.*, Newark, N. J., 1917.

(1) *L'Italia Sanitaria*, Roma, 10 giugno 1920.

(2) A. MONTI, *La malaria ed altri problemi patologici sorti dalla guerra*, Milano, editore Hoepli, 1921.

V. anche SELLA, relazione già citata.

(3) *Department of Health of the State of New Jersey, Pub. Health Laws*, Circular 151, maggio 1918, Trenton, N. J.

per Contea, divisione civile paragonabile alla nostra provincia, le quali hanno il potere di agire come credono meglio per far scomparire i focolai e distruggere le larve. Esse preparano ogni anno un piano e un preventivo di lavori che, approvato dalla Stazione Sperimentale, abilita le autorità fiscali della Contea a prelevare i fondi relativi dalla tassa speciale sul valore delle proprietà, senza uscire dai limiti imponibili. (Atto del 1912).

Legislazione che si propugna: Organizzazione e finanziamento delle campagne.

A mio avviso, una legislazione ideale dovrebbe: *a)* basarsi sull'organizzazione di campagne locali; *b)* non impostarsi sopra un solo metodo di lotta; *c)* stabilire la partecipazione finanziaria dello Stato. Si tratta di congegnare un sistema che consenta lo sviluppo spontaneo delle campagne e lo renda obbligatorio ove possibile; e si tratta in primo luogo di risolvere la questione del finanziamento delle campagne stesse.

Una procedura analoga a quella ricordata ci sembra soddisfacente: istituire degli uffici provinciali speciali, dare facoltà a un gruppo di cittadini, ai Municipi, agli Uffici sanitari municipali di provocare e agli uffici provinciali specializzati di compiere, questi anche di propria iniziativa, inchieste accompagnate da progetti e preventivi di campagne; approvato il progetto da un ufficio direttivo centrale, che esso diventi esecutivo. Il finanziamento potrebbe essere imposto per esempio su una base di questo genere: tassa locale per la durata della campagna sulle proprietà e sulle persone il 50%, appropriazione su una tassa permanente sopra tutte le proprietà della provincia il 25 %, appropriazione sopra un fondo speciale dello Stato il 25%.

Si potrebbero definire i casi in cui l'opera di risanamento diventerebbe obbligatoria dietro proposta degli uffici provinciali: per le ragioni tecnico-economiche che ho esposto prima, parlando del risanamento di unità urbane e unità rurali, obbligatoria dovrebbe essere per le città ed i villaggi.

Quanto all'esecuzione del lavoro, potrebbe essere assunta da commissioni municipali, in altri casi direttamente dagli uffici provinciali, sempre col controllo e la collaborazione di un personale tecnico ufficiale specializzato.

Ma ahimè la penna corre facilmente e non incontra ostacoli fuori della mente di chi pensa e scrive, mentre nella realtà gli ostacoli debbono essere superati faticosamente ad uno ad uno, e spesso obbligano a sostare lungo il cammino. Fra questi ostacoli, i maggiori sono rappresentati dalla preparazione del personale, tecnico e dello spirito pubblico. Riprenderò questi argomenti, ma prima desidero accennare a qualche altro punto in rapporto alla legislazione.

Essa dovrebbe ancora sancire determinati obblighi individuali, facilitando così il compito degli enti antimalarici, e conferire a questi l'autorità necessaria per esigerne l'osservanza.

In altre parole, gli enti che intraprendono un'opera di profilassi collettiva, debbono potersi appoggiare su disposizioni concernenti gli obblighi individuali.

L'uomo malarico dovrebbe, occorrendo, essere obbligato a lasciarsi curare come un individuo pericoloso per la comunità, salvo il diritto di allontanarlo o di isolarlo in caso di resistenza. La presenza di parassiti nel sangue, per esame obbligatorio, sarebbe la prova obbiettiva della sua qualità di malarico. Essendo il problema gravemente complicato dal fenomeno delle popolazioni fluttuanti, caratteristica di molte regioni malariche, ove i lavoratori non vivono tutto l'anno sul luogo, questi potrebbero essere obbligati a portare un libretto personale di sanità, ove fossero registrate le febbri e le cure subite, per modo che, allontanatisi da un luogo, non cessi la possibilità del loro controllo (1).

Vi è poi tutta la questione della creazione artificiale dei focolai anofelici. Il danno causato dall'uomo a se stesso, nel campo della malaria, supera ogni aspettativa. In America il dott. Carter, il capo più autorevole del personale antimalarico della Sanità pubblica, e aggiungo questa qualifica perchè la cifra sembrerebbe per se stessa esagerata, stima che il 60% della malaria degli S. U. sia opera dell'uomo (2).

Una parte del danno sfugge a ogni responsabilità, come quello prodotto in alcuni luoghi dalle risaie; un'altra parte è evitabile, e in essa rientrano i danni prodotti dalle ferrovie, imprese stradali, grandi bonifiche, industrie che escavano il terreno per procurarsi acqua o materiale, creazione di abbeveratoi in terra viva e di focolai di vario genere, dei quali si rendono colpevoli gli agricoltori.

Occorre, a mio avviso, distinguere fra passato e avvenire. Per l'avvenire non vi è alcun dubbio: si dovrebbe impedire in modo assoluto

(1) Vedi: V. ASCOLI, *La Malaria*, Torino, 1915, Soc. Tip. Ed. Torinese.

(2) First annual conference, ecc. (op. cit.), pag. 134.

ogni aggravamento della malaria sotto forma di focolai anofelici e renderne responsabili gli autori; si dovrebbe anzi prevenirlo, imponendo che la creazione di raccolte d'acqua, in regioni malariche, sia preventivamente approvata dalle autorità sanitarie, salvi restando gli obblighi dipendenti da un successivo manifestarsi dell'anofelismo.

E lo Stato e le amministrazioni pubbliche incomincino con il dare il buon esempio, per ciò che li riguarda: il progetto e il collaudo di ferrovie e strade vengano sottoposti all'esame e all'approvazione di corpi tecnici antimalarici; lo stesso dicasi per le grandi bonifiche idrauliche, le quali debbono essere non solo agricole, ma anche igieniche, non solo «land-drainage», ma anche «anopheles-drainage», e richiedono opere accessorie e controllo continuato per soddisfare al secondo scopo. In tutte queste imprese, sarebbe bene destinare una percentuale del costo totale al loro completamento igienico: spendere un poco e metodicamente oggi, per risparmiare grosse somme domani.

Per il passato è un'altra cosa. Il danno accumulato è enorme. Ma si può imporre a tutti coloro che hanno creato focolai anofelici, di sopprimerli? Non sono competente a giudicare la questione dal lato giuridico, questione subordinata alle leggi già esistenti, ma in pratica non si otterrebbe nulla, e in molti casi sarebbe una disposizione antieconomica e tecnicamente sbagliata.

Potranno riconoscersi eccezioni di diversa natura, ma in genere si dovrà attribuire a questi proprietari lo stesso grado di responsabilità della collettività che vive nelle zone malariche.

E dobbiamo anche qui diffidare delle misure generiche e universali. Per esempio, converrebbe imporre alle Ferrovie l'eliminazione di tutte le cave di prestito e raccolte da sbarramento cui la loro costruzione in regioni malariche ha dato luogo? Se si facesse, ed è stato fatto, il calcolo della spesa per l'Italia, ci troveremmo dinanzi ad una cifra proibitiva: da un lato non sarebbe sopportabile dall'azienda, dall'altro sarebbe male spesa, perchè in molti luoghi converrebbe di più ricorrere ad altre misure antimalariche, ed in ogni caso non darebbe frutti adeguati che là ove l'opera fosse coordinata a campagne in corso.

Importerebbe molto, per contro, che le Ferrovie assumessero oltre ai loro obblighi personali verso i propri lavoratori — e cioè protezione meccanica, cura, spedalizzazione e, si dovrebbe aggiungere, loro assicurazione contro la malaria — degli obblighi di collaborazione alle campagne locali che siano intraprese dalle comunità lungo la linea. Dovrebbe prevalere il concetto della cooperazione tra ferrovie e comunità da esse servite.

Un esempio volontario di questa cooperazione ci è offerto dalla St. Louis Southwestern Railway System (S. U.) (1), la quale ha istituito un fondo e offre i servigi dei suoi ingegneri sanitari per contribuire alle campagne antimalariche lungo la propria linea. E, aggiungiamo fra parentesi, la Compagnia anche come affare ha trovato l'iniziativa così conveniente, in quanto ne deriva un maggior traffico ferroviario, un maggior rendimento del personale, ecc., che in tre anni ha triplicato il suo fondo di lotta contro la malaria.

Campagne dimostrative - Personale tecnico - Ricerche - Propaganda.

Le leggi sono leve inerti; basterà creare la macchina legislativa perchè cammini e trascini il suo carico? No, come per le macchine materiali, occorre l'applicazione di una forza viva. Le comunità, messe in condizioni d'intraprendere l'opera di risanamento, non se ne cureranno; obbligate lo faranno male e opporranno la loro inerzia. La forza viva è la volontà delle popolazioni; poichè infine non è lo Stato che deve risanare tutto il paese, ma è il paese che deve risanarsi da sè, con l'aiuto dello Stato. Suscitare questa forza viva, e nello stesso tempo farla fruttificare con disposizioni legislative, ecco il programma.

Entriamo dunque più addentro in questo complesso problema. Esso si riassume così: far apprezzare alle popolazioni i vantaggi della lotta antimalarica, perchè la vogliano; creare a poco a poco gli elementi tecnici, perchè la intraprendano.

Il mezzo per eccellenza per raggiungere questi due risultati, sono le «campagne antimalariche dimostrative».

Le campagne dimostrative come mezzo di propaganda.

Il metodo ha fatto la sua prova: l'interesse universale suscitato negli S. U. per la lotta antimalarica è effetto delle campagne dimostrative-sperimentali. Ho citato alcune di queste campagne, dovute all'iniziativa di enti pubblici e privati. L'interesse andò ingrandendo, alcuni comuni, conosciuti i risultati, si mossero e si dichiararono disposti ad intra-

(1) R. C. DERIVAUX, *Pub. Health Repts.*, repr., n. 480, Washington, 1918. — VAN HOVEMBERG, Transactions, ecc. (op. cit.), p. 33.

prendere la lotta, purchè aiutati dal lato tecnico.

Nel 1920, mandando ad effetto un programma concretato in una riunione del 1919, il Servizio federale della Sanità, le Sanita dei singoli Stati, le Autorità locali interessate, e la Fondazione Rockefeller intrapresero simultaneamente e in cooperazione ben 52 campagne distribuite in 10 Stati del Sud (1). In questo modo gli S. U. si sono messi decisamente alla testa del movimento antimalarico.

E, si noti bene, queste campagne hanno non soltanto lo scopo di svegliare, come ho detto, un tale interesse pubblico da rendere possibile in seguito uno sforzo verso l'eliminazione della malaria da tutti gli Stati del Sud della Federazione, esse hanno anche lo scopo sperimentale di determinare la convenienza delle differenti misure in condizioni svariatissime. Tanto è faticoso conseguire la tecnica antimalarica la più appropriata!

La Fondazione Rockefeller ha contribuito in modo notevole allo svolgimento di quest'opera; e perchè il lavoro non riuscisse sterile, essa lo ha sin dal principio basato sull'accettazione da parte delle autorità locali a cooperare — partecipazione finanziaria delle comunità, impegni per la continuazione della campagna — dato l'esito favorevole.

Poichè ho l'onore di parlare a un pubblico spagnuolo, permettetemi a questo punto di esprimere la mia ammirazione per l'entusiasmo con cui in Spagna un gruppo di uomini eccellenti sta lavorando nel senso che ho indicato, sotto la direzione dell'illustre prof. G. Pittaluga, per volontà del Governo e della Sanità Pubblica, i quali istituirono la Commissione Antimalarica Spagnuola, e con la collaborazione della Croce Rossa Spagnuola — cui si unì la Lega delle Soc. della C. R. — e della Mancomunidad di Catalogna. La campagna di Talayuela (2) è la dimostrazione più evidente di come l'interessamento per la lotta antimalarica possa irradiarsi da un punto a tutta una vasta regione (3).

Prendendo poi le mosse dall'opera della Croce Rossa Spagnuola, vorrei far rilevare l'azione importante che potrebbero in generale svolgere le Croci Rosse Nazionali, promuovendo campagne dimostrative e partecipandovi. Esse potrebbero assumere, sia pure in scala ridotta, una funzione analoga a quella della Rockefeller. Dovrebbero pertanto modificare la loro tendenza a restringere la propria attività nel campo della malaria a una specie di pronto soccorso: la Croce Rossa Italiana, ad esempio, ha compiuto un'opera sanitaria importantissima per attenuare gli effetti disastrosi della malaria in vaste zone d'Italia, ma per il progresso della profilassi, se il mio giudizio non erra, azioni più limitate localmente, ma più intense, tecnicamente più perfette e che investissero la questione anche dal lato economico, darebbero più frutto.

Creazione del personale tecnico.

Il secondo risultato che le campagne ci permettono di raggiungere è la formazione di personale tecnico. Il carattere di progressività nello sviluppo della lotta non si può evitare e anche dato come conseguito il finanziamento, sarebbe impossibile saltare di colpo a un risanamento generale senza passare per un lungo stadio preparatorio, a motivo dell'insufficienza di personale tecnico.

Negli S. U. in seguito alle dimostrazioni antimalariche di cui ho parlato, è allo stato attuale più facile — riporto le parole di G. E. Vincent, presidente della Fondazione Rockefeller — trovare il danaro pubblico per la lotta antimalarica, che non i tecnici per condurla. Che diremo per i nostri paesi?

Vi è poi la classe del personale ausiliario: questo è non meno importante del personale dirigente, poichè deve entrare nel maggior numero possibile delle operazioni di risanamento, restando la funzione dei capi, compresi i medici, alla sola direzione generale, al controllo e a quei lavori nei quali siano insostituibili; ciò per ragioni economiche. Nell'organizzazione delle campagne, si può affidare a personale ausiliario la distribuzione della chinina, la ricerca degli ammalati e il prelevamento del sangue, lo stesso esame microscopico di esso e una gran parte di operazioni di laboratorio, le registrazioni, la distruzione delle alate, la ricerca delle larve e la petrolizzazione, la manutenzione e la sorveglianza delle acque, le informazioni, ecc. I profani immaginano che la lotta si combatta con una schiera di medici e invece va combattuta con una schiera di ausiliari, capitanata da pochi medici, biologi ed ingegneri.

Buona parte del personale ausiliario può essere estemporaneo, scelto sul posto e istruito, ma i capi di questa categoria dovrebbero, al pari dei dirigenti, essere degli specialisti, dei professionisti, di cui dovrebbe esistere un

---

(1) V. le relazioni della Rockefeller (op. cit.) per il 1919 e 1920.

(2) N. B. — La relazione della Commissione uscirà fra breve. Vedi intanto: M. SELLA, *Boll. Lega Soc. Croce Rossa*, II, marzo-aprile, 1921, Ginevra.

(3) Ivi, agosto, 1921.

certo numero, per essere impiegati successivamente in questa o in quella campagna.

L'opera degli specialisti non esclude affatto la cooperazione degli elementi locali, ma nemmeno l'opera di questi può svolgersi senza l'intervento dei primi. Ora, per creare dei professionisti, bisogna creare la professione.

Il loro posto naturale, nello schema di organizzazione antimalarica proposta, sarebbe in impieghi stabili alle dipendenze delle commissioni o uffici antimalarici provinciali e della commissione centrale. A questi tecnici spetterebbe non solo l'incarico di dirigere o controllare le campagne, ma anche di suscitarle con opere di propaganda, con rapporti e progetti. Spetterebbe loro anche (s'intende al personale superiore) la parte di ricercatori nei problemi più svariati della malaria. Accennerò poi a tale importante funzione.

Scuola di profilassi antimalarica.

Un altro mezzo per la creazione del personale sono le scuole di profilassi antimalarica. Un corso necessariamente breve non ci dà ancora un personale provetto, però rappresenta una preparazione ottima e un gran risparmio di energie.

Simili scuole non possono esistere se non collegate a campagne antimalariche in corso, ove si possa svolgere la parte pratica dell'insegnamento.

La Direzione Generale di Sanità dell'Italia credo sia la prima che abbia istituito una Scuola di Profilassi antimalarica per l'istruzione del personale ausiliario (1), e mi pare che il suo esempio meriterebbe di essere imitato. Gli allievi vi sono inviati di solito dalla Croce Rossa, dalle Ferrovie, da amministrazioni pubbliche e private ed è frequentata pure da medici.

Senza dubbio una scuola, come istituzione a sè e stabile, ha molti vantaggi: quello di collezionare gradatamente tutto il materiale didattico; di dare agli allievi una buona base teorica, di creare una tradizione, di essere ufficiale, di conferire dei diplomi. Ad esse, cosa che ancora manca nella scuola di Roma, potrebbe essere unita una sezione d'ingegneria antimalarica, di cui profitterebbero specialmente i tecnici di tale categoria.

Per la nomina a medici condotti in regioni malariche e per certe categorie di ingegneri, dovrebbe essere obbligatorio il diploma di scuole di questo genere.

(1) B. GOSIO, *Guida alla lotta contro la Malaria*, Min. dell'Interno, Dir. Gen. Sanità Pubblica, Roma, tip. Artero, 1918.

Ricerche sperimentali e necessità della collaborazione.

Quanto agli studi sperimentali, anche questa è un'attività in gran parte collegata con la creazione di personale professionale direttivo di campagne o anche con mansioni esclusivamente investigative. Nell'insieme questo costituirà un corpo di ricercatori. Sarebbe un grave errore attribuire a tale funzione un'importanza secondaria. Se ogni progresso pratico è filiazione di un accanito lavoro scientifico, questa verità si ha da tenere tanto più presente per la lotta antimalarica, di cui la tecnica è in via di trasformazione e basata su fatti biologici ancora pieni di misteri e variabili a seconda dei luoghi.

Poichè oggi mi sono proposto di esaltare l'opera americana in quanto ha di migliore, ricorderò che il Servizio della Sanità pubblica degli S. U. ha attualmente alla sua dipendenza un gruppo numeroso di specialisti i quali, come ho detto, sono impiegati per la direzione e l'organizzazione di campagne, e per le ricerche. Esso comprende medici, ingegneri sanitari e loro assistenti, biologi, assistenti scientifici, epidemiologisti, investigatori speciali. Desidero citare gli argomenti discussi alla loro prima riunione annuale tenuta a Wilmington, N. C., nel 1919 (1), per dare un'idea della loro svariata attività: protezione meccanica, il problema della malaria nelle ferrovie, maree, seghe subacquee, drenaggio verticale, lotta antimalarica nelle risaie, ibernazione degli anofeli, pesci antimalarici, stagni, petrolizzazione, larvicidi, uso della dinamite, volo degli anofeli e altre ricerche biologiche, finanziamento delle campagne antimalariche, determinazione dell'importanza sanitaria della malaria e altri.

Salta subito all'occhio l'importanza che hanno, fra questo personale, per numero e contributo, gli ingegneri sanitari, gli entomologi e i biologi; e fa piacere leggere gli atti di queste discussioni, sopratutto per il cordiale spirito di cooperazione che anima i medici e queste persone fra loro così diverse. Mi si permetta, per quel che ci riguarda, di esprimere un giudizio, che m'auguro non sembri parziale in bocca a un naturalista. Da quando, e sono pochi anni, è stata dimostrata l'immensa importanza che hanno gli insetti nella trasmissione di malattie all'uomo e agli animali (in India per es. si stima che i due terzi delle malattie prevenibili abbiano questa origine), l'entomologia applicata ha assunto, come tutti sanno, un posto di prim'ordine nella profilassi e con

(1) Transactions, ecc. (op. cit.).

essa quei rami dell'ingegneria che s'ispirano all'offesa e alla difesa contro determinati insetti. Confessiamo tuttavia che da noi non si è ancora formato, fra medici, entomologi, biologi e ingegneri, lo spirito di corpo necessario per un'utile collaborazione; e i primi hanno conservato una certa tendenza a monopolizzare un campo che ormai supera da tutti i lati il dominio della medicina. Certo manca l'affiatamento desiderabile e mancano gli organi e le associazioni che mettano queste persone più intimamente a contatto fra di loro.

Propaganda nelle scuole.

Parlando delle campagne dimostrative, mi sono sforzato di mettere in evidenza il loro valore di propaganda, di incitamento a intraprendere la lotta.

Delle altre forme più indirette di propaganda, non si riesce a comprendere come sia stata trascurata finora, ad onta delle voci levatesi per propugnarla, la più importante, costituita dall'insegnamento nelle scuole inferiori.

Il valore della propaganda è subordinato alle caratteristiche della profilassi. La profilassi della malaria è essenzialmente collettiva e non dobbiamo quindi aspettarci troppo dalla profilassi individuale e familiare per se stessa e staccata dalla prima, s'intende agli effetti immediati del risanamento. E per questo, mezzi di propaganda quali cinematografo, proiezioni, conferenze, manifesti e istruzioni stampate, hanno forse meno importanza per la malaria che per altre malattie, salvochè, invece che fra il popolino, siano portati fra classi più elevate, con scopo diverso e cioè per convincerle ad intraprendere la lotta. Ma chi negherà l'importanza, sia pure indiretta, d'inculcare alle masse le nozioni essenziali sulla malaria? Se si arrivasse a far penetrare nella coscienza della gente, nella coscienza e non soltanto a fior di pelle, cioè fino a farle diventare moventi delle loro azioni, queste tre sole verità: che l'anofele trasmette la malaria, che le reticelle rotte diventano inutili e che non bisogna interrompere la cura appena cessata la febbre, si preparerebbe il terreno a tutta l'opera di risanamento. Se i mezzi di propaganda che ho enumerato sopra sono troppo costosi, salvo ad essere transitorii ed allora poco efficaci, le scuole ci offrono l'opportunità di valerci di una organizzazione preesistente, permanente, con la quale educare tutte le nuove generazioni. Perchè non servirsi di un mezzo a così comoda portata di mano?

Caposaldi dell'istruzione scolastica sarebbero: insegnamento obbligatorio nelle scuole primarie delle regioni malariche, istruzione dei maestri (anche per questo le scuole di profilassi tornerebbero utili), fornitura del materiale didattico, ispezione dell'insegnamento.

Lo specifico contro la malaria.

Monopolio della chinina.

Abusando, Signori, della vostra pazienza, ho toccato così agli aspetti nazionali e tecnici della lotta antimalarica che più mi premeva di mettere in rilievo.

Consentitemi di aggiungere poche parole intorno alla grave questione internazionale dello specifico della malaria.

Com'è noto, la chinina o la china provenivano un tempo per intero dall'America del Sud, dalla Bolivia, Equador, Columbia, Perù e Venezuela, donde la preziosa pianta della *Cinchona* (il cui nome dedicato a un vicerè del Perù ancora rammemora le glorie della Spagna) è originaria.

Senonchè in questi ultimi venti anni, in seguito allo sviluppo preso dalle piantagioni di Giava, ove i primi tentativi di coltivazione datano, come quelli dell'India inglese, dalla metà del secolo scorso, le cortecce americane hanno praticamente cessato di rappresentare delle varietà commerciali. Giava fornisce ora i 9/10 della chinina del mondo, che oscilla intorno a 1/2 milione di chilogrammi annui di solfato; il rimanente è rappresentato dalla produzione indiana, che non basta neppure ai bisogni interni di quel paese.

La ragione di tale spostamento del centro produttore è dovuta alla povertà del tenore in chinina delle scorze americane, che raramente raggiunge il 0.5 % — aggravato da altri fattori, quali distruzione irrazionale delle essenze allo stato selvatico e mancanza di sforzi seri di coltivazione — e alla straordinaria ricchezza in chinina delle scorze di Giava, valutata in media al 6 %, ad aumentar la quale ha contribuito l'opera dei coltivatori, mediante selezioni, concimazioni speciali, ecc.

La povertà in chinina ha impedito anche alle piantagioni indiane di prendere maggiore sviluppo. Degli sforzi fatti da altri Stati europei per sviluppare questa cultura nelle loro colonie, ricorderò quelli della Francia e dell'Italia, rimasti finora allo stato di tentativi.

Con il crescere della produzione, il prezzo della chinina, che era ancora di 600 franchi al chilo nel 1880, diminuì progressivamente fino a 30 franchi, prima della guerra; nel corso di questa essa risalì a prezzi proibitivi, dai quali va discendendo molto lentamente, tanto che

al principio del 1921 era ancora sul mercato di Amsterdam — il mercato internazionale — di circa 200 franchi.

D'altra parte un nuovo fattore è intervenuto nell'ultimo periodo: la costituzione di un monopolio mondiale. Nel 1913 tutti i piantatori di Giava da un lato e le sette principali ditte manufattrici dall'altro, comprendenti case tedesche, inglesi, olandesi e la Bandoeng di Giava, conclusero fra loro un contratto per cinque anni, legandosi nella compera e vendita della scorsa e della chinina. Scaduto nel 1918 il contratto, o per meglio dire l'accordo che durante la guerra s'era ad esso sostituito — poichè, essendo diventate nulle le sue clausole a motivo della proibizione reciproca di affari fra belligeranti, si venne ad una convenzione fra fattorie olandesi, compresa la Bandoeng, e i governi Inglese, Francese, Italiano e Americano, per cui quelle si impegnavano a rilevare tutta la scorza e a fornire a tali governi quasi tutta la produzione per la durata della guerra — un nuovo contratto venne concluso per 5 anni e cioè fino al 1923 fra le fattorie olandesi con la Bandoeng, da un lato, e dall'altro un'associazione dei piantatori rappresentante il 90% della produzione di Giava. La sola scorza rimasta incontrollata da questo Consorzio è quella accaparratasi da fattorie giapponesi stabilitesi da poco tempo a Giava e da alcune piantagioni inglesi.

Secondo i termini di questo contratto, le fattorie si obbligano a rilevare tutta la scorza fino ad almeno 500.000 kg. di chinina, al prezzo di 12 fiorini per chilogramma di chinina-scorza e sono obbligate a rifondere ai piantatori metà dell'eccesso del prezzo di vendita al disopra di 20 fiorini al kg.

Praticamente adunque tutta la chinina del mondo è controllata dai piantatori di Giava e dalle fattorie olandesi aderenti al «Contratto della Cinchona», i quali sono gli arbitri della sua distribuzione e dei prezzi. È evidente che gli interessi del consorzio e l'interesse sanitario, il quale vorrebbe che si potesse usufruire della massima quantità di chinina al minimo prezzo, possono in molti casi non coincidere. Non è molto, per esempio, correva la voce, non controllabile, che i prezzi fossero mantenuti artificialmente alti con una limitazione della quantità di chinina esistente versata nel commercio, ciò che sarebbe avvalorato dal confronto dell'esportazione di chinina da Giava nei due ultimi anni, diminuita da kg. 640.283 nel 1919 a kg. 418.861 del 1920 (1).

(1) *Board of Trade Jl.*, 5 maggio, Buitenzorg, Giava.

Ad ogni modo la questione del monopolio e la conseguente soppressione di ogni concorrenza, interessa tutti i governi. Attualmente i paesi che hanno istituito un monopolio interno della chinina, fra gli altri vantaggi, si trovano in condizione molto migliore per negoziare le loro forniture con il Consorzio. Merita di essere meditato anche l'esempio del Giappone, che è riuscito ad infiltrarsi a Giava e a crearsi delle fattorie proprie e indipendenti. Esso è stato imitato recentemente dall'Italia, che ha comprato delle grandi estensioni di terreno le quali, allorchè saranno messe in valore, la porranno in condizioni d'indipendenza.

Che cosa può aiutare a risolvere il problema di rendere la quantità disponibile di specifico della malaria sempre più abbondante e sempre a più buon mercato? Che è, in fondo, il problema più universale della malaria, da cui dipende la diminuzione della mortalità per malaria nel mondo?

Da un lato l'estendersi delle piantagioni, dall'altro il progredire della chimica e la possibilità di una miglior utilizzazione degli alcaloidi secondari.

Lasciamo stare l'aumento della produzione, complesso problema industriale-commerciale che non si può trattare alla leggera, ma a risolvere il quale i governi potrebbero contribuire notevolmente.

Alcaloidi secondari.

Quanto alla chimica, forse noi siamo entrati nel periodo in cui essa ci darà armi più perfette o più economiche per lottare contro il parassita nell'uomo; per lo meno un prodotto che entri in seria concorrenza con la chinina. Alla chimica che cosa possiamo chiedere? La trasformazione degli altri alcaloidi di *Cinchona* in prodotti curativi più nobili; uno specifico sintetico.

Le scorze di *Cinchona* contengono, insieme all'alcaloide principale e in proporzioni relative variabili, altri alcaloidi secondari che differiscono poco per struttura dalla chinina, quali la cinconina, la cinconidina, la chinidina. In alcune scorze indiane ed americane (1), la chinina non rappresenta che un'infima parte degli alcaloidi totali. Secondo Mc. Gilchrist, in media sopra 100 libbre di prodotto d'estrazione delle scorze indiane, la chinina è presente solo per libbre 7,4. Nelle scorze di Giava invece, come ho già detto, la coltura ha fatto aumentare il tenore in chinina a scapito degli alcaloidi secondari.

(1) Cfr. HOWARD e CHICK, *The Farmaceutical Jl. and Farmacist*, 1920.

Tutta questa imponente quantità di alcaloidi secondari estratta o estraibile dalle scorze abbandonate per la loro povertà in chinina, non ha impiego per la lotta antimalarica. La chimica può trovarglielo. La conoscenza dell'esatta struttura molecolare degli alcaloidi della *Cinchona*, bene stabilita da una quindicina di anni, e i progressi compiuti da chimici insigni, quali Skraupp, Konigs, Rabe, Kaufmann e altri, nel meccanismo delle loro trasformazioni, ci permettono di sperare che si possa arrivare in un prossimo avvenire alla trasformazione degli alcaloidi secondari in chinina o in idrochinina, o quanto meno in una serie di composti molto vicini alla chinina, fra cui uno se ne trovi con proprietà analoghe o superiori: con quale vantaggio per la produzione mondiale di specifico, per il ristabilimento della concorrenza, per la messa in valore delle scorze americane e indiane e per i prezzi, è facile immaginare.

A questo punto conviene rilevare che il trono eretto alla chinina, se non sarà posto mai abbastanza in alto per i servigi che ha reso e rende all'umanità, secondo alcuni usurpa i diritti che spetterebbero sin da ora ad altri alcaloidi della *Cinchona;* ciò che potrebbe essere in parte anche artificiale, dati i grandi interessi dominati dall'industria della chinina. Per lo meno la questione è stata rimessa sul tappeto in questi ultimi tempi. In esperienze molto interessanti eseguite in India, H. W. Acton e i suoi collaboratori (1) avrebbero stabilito che mentre la chinina e la idrochinina si possono considerare come lo specifico dell'estivo-autunnale, contro la terzana sarebbero più attive la cinconidina e la chinidina, e anche il miscuglio integrale degli alcaloidi, o febbrifugo di Cinchona. La proporzione dei casi guariti, che cioè non recidivarono più dopo il trattamento (proporzione che si mantenne la stessa anche per i trattamenti successivi delle frazioni recidivanti), risultò la seguente: chinina 20-30 %, alcaloidi integrali 50 % circa, cinconidina e chinidina 60 %. Il loro uso non presentò inconvenienti.

Acton calcola che se tali alcaloidi venissero impiegati, la produzione indiana di *Cinchona*, ora molto al di sotto del fabbisogno, basterebbe per l'India e per parte dell'impero.

In Italia, da un altro lato, Ascoli, Silvestri ed altri (2) hanno con le loro osservazioni, richiamato l'attenzione sulla cinconina, la cui efficacia risulta non minore di quella della chinina, e quindi potrebbe surrogarla. È noto poi che durante un certo periodo della guerra l'Azienda Italiana del Chinino di Stato fu autorizzata, per far fronte alla scarsità dei rifornimenti, a mescolare la cinconina alla chinina nella proporzione del 25%, senza che ciò abbia dato luogo a inconvenienti.

Studi così importanti, date le loro conseguenze pratiche per tutti i paesi consumatori di chinina, poichè lasciano intravedere la possibilità di utilizzare alcuni degli alcaloidi secondari così come si trovano in natura, attendono di esser estesi ed approfonditi.

Opportunità d'intraprendere un saggio sistematico dei composti sintetici e dei derivati degli alcaloidi secondari.

Per quanto riguarda la sintesi della chinina, che Liebig definì come la più nobile meta che potesse proporsi la chimica, se essa non è stata raggiunta, si è andati molto lontano per questa via; del resto le speranze non si affissano tanto sulla chinina sintetica, quanto su un corpo più semplice che ne abbia le proprietà curative. Sembrerebbe venuto il momento per istituire un saggio fisiologico, non più saltuario ma metodico, sistematico, delle serie di corpi che i chimici specialisti possono fornire. L'Ufficio della malaria della Lega delle Società della Croce Rossa ebbe, per esempio, occasione recentemente di essere informato di due nuove serie molto importanti di corpi prossimi parenti della chinina, preparate dal professore A. Kaufmann di Ginevra, l'una sintetica, l'altra ottenuta partendo dagli alcaloidi secondari della *Cinchona*: esse non sono ancora state sperimentate.

Si tratta dunque di fare per la malaria ciò che Ehrlich ha compiuto per la sifilide, cioè determinare il corpo che unisca alla massima azione malaricida la minima azione tossica. L'esame delle proprietà farmaco-dinamiche, quanto più sistematico, tanto meglio serve a dirigere il chimico nelle sue successive elaborazioni; nè si possono prevedere le sorprese laterali riservate al farmacologo: la scoperta dell'antipirina, per esempio, è stata fatta da Knorr nell'intenzione di preparare un corpo simile alla chinina.

Cosicchè, se anche lo scopo principale non venisse raggiunto, l'impresa darebbe con ogni probabilità i suoi frutti in altri campi.

Un tale lavoro presuppone un accordo fra chimici, farmacologi e clinici. Per la fabbricazione dei composti nelle quantità sufficienti alle prove e per la coordinazione del la-

(1) *Lancet*, giugno 1920. — *Indian Jl. Med. Res.*, VIII, n. 4, 1921.

(2) *Policlinico*. Sez. Prat., 1919, n. 36 (ASCOLI); 1919, n. 42 (SILVESTRI); 1921, n. 27 (BINI); 1921, n. 49 (SANGUINETTI); *Ibidem*, Sez. Med., 1921, n. 12 (SILVESTRI).

voro sperimentale, occorrerebbero mezzi finanziari abbastanza rilevanti e una direzione tecnica. Un'istituzione o un gruppo di uomini di scienza che volesse assumersi il compito di organizzare questa impresa, ricorrendo se necessario, per finanziarla, a chi potrebbe scorgere in essa un'ottima speculazione, farebbe opera altamente benemerita.

Commiato.

E con questo chiudo il mio dire. La mia esposizione, in qualche punto, sarà tacciata da taluno come troppo ottimistica: io replico che peggiore è lo scetticismo. Alcuni infatti di noi hanno perduto la fiducia nei metodi attuali di lotta e per poco non ritengono che si potrà incominciare a combattere la malaria solo quando si saranno trovati metodi migliori. Come spiegano gli scettici i successi degli americani? Diranno essere una montatura, o che la malaria laggiù è più facilmente vinta che da noi, per condizioni diverse dalle nostre, incominciando dalle specie degli anofeli, o che il paese più ricco consente spese maggiori?

Sarebbe ingiusta la prima affermazione e la terza non regge, nel confronto di molte regioni povere degli Stati meridionali dell'Unione; quanto alla seconda, pecca di semplicismo. Dovremmo piuttosto deciderci a recarci a osservare il lavoro degli americani sul posto: impareremmo ad ogni modo molte cose, specialmente in fatto di lotta antilarvale e di organizzazione.

La realtà è che la nostra esperienza, considerata solo nel campo pratico delle campagne antimalariche, non è così estesa e sistematica come quella che essi hanno acquisito negli ultimissimi anni, e non possiamo quindi negare fiducia ai loro brillanti risultati. Continuiamo dunque a lavorare senza troppo affannarci a discutere e non tarpiamo le ali al nostro entusiasmo. Il successo ci arriderà.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

Diagnosi differenziale fra tubercolosi ed altre affezioni pulmonari.

(E. O. OTIS. *Boston Medical and Surgical Journal*, 12 gennaio 1922).

In questi ultimi anni, forse per una suggestione derivante dall'enorme diffusione della tubercolosi, accade più spesso che si faccia diagnosi di tubercolosi pulmonare per affezioni che nulla hanno di specifico.

In effetti le affezioni che possono simulare la tubercolosi pulmonare sono parecchie e frequenti.

Così la stenosi nasale, le sinusiti, le tonsilliti, le rinofaringiti croniche possono essere accompagnate da tosse ed espettorazione muco-purulenta ed anche sanguinolenta che possono far sorgere il sospetto di tubercolosi pulmonare. Ed il sospetto è poi convalidato quando si riscontra una ipofonesi in corrispondenza degli apici e modificazioni del respiro, probabilmente dovute a deficiente espansione dei pulmoni, che suole non esser rara nelle sud dette affezioni. La diagnosi differenziale in questi casi si poggia essenzialmente sulla mancanza dello scadimento della nutrizione, del tipo caratteristico della febbre, dell'assenza del bacillo negli sputi ed infine sul fatto che il reperto pulmonare, già scarso per sè stesso, rimane stazionario.

La influenza sia nel periodo acuto come successivamente può determinare una condizione molto simile alla tubercolosi pulmonare. Al riguardo bisogna notare che un attacco di influenza può destare un processo tubercolare inattivo. Ma a parte ciò, non v'ha dubbio che la infezione grippale talvolta può assumere un quadro ed un decorso affatto analoghi a quelli di un processo pulmonare specifico. In tali casi solo l'esame più volte ripetuto degli sputi e l'ulteriore svolgimento della malattia possono condurre ad un giudizio esatto.

La sintomatologia della bronchite acuta è troppo ben definita perchè si possa cadere in errore di diagnosi. I segni fisici sono quasi costantemente bilaterali e mancano sintomi di lesioni del parenchima pulmonare. I rantoli, secchi e umidi, sono diffusi su tutto l'ambito respiratorio, e quando sono localizzati lo sono alle basi. Può considerarsi quasi assiomatico che quando gli apici respirano bene ed i rantoli si ascoltano alla base, la tubercolosi può escludersi. La bronchite unilaterale è rara, e perciò viene considerata generalmente come

tubercolare. Tuttavia v'hanno casi, sopratutto esiti di processi bronco-pulmonari acuti, nei quali può a lungo rimanere il reperto di una bronchite localizzata senza che siano presenti o si manifestino successivamente sintomi di tubercolosi.

Nella bronchite cronica, come è noto, il sintoma culminante è la tosse persistente con espettorazione più o meno abbondante, ma con leggero scadimento dello stato della nutrizione generale. Il respiro può essere aspro o bronco-vescicolare con rantoli secchi ed umidi diffusi. I rantoli umidi, quando esistono, sono localizzati alla base. Ci sono però casi di tubercolosi con tutta la sintomatologia della bronchite cronica non specifica, e casi nei quali sul terreno di quest'ultima malattia si sviluppa la tubercolosi. Conviene pertanto in ogni caso di bronchite cronica praticare ripetute volte ed a lunghi intervalli l'esame dell'espettorato.

Si verificano non raramente, forse più nei bambini, casi di affezione pulmonare chiamati da alcuni pneumonite cronica e da altri bronco-pneumonite sub-acuta o cronica, nei quali l'esame batterioscopico rimane sempre negativo per il bacillo di Koch.

Il paziente soffre un leggero malessere, tosse ed espettorazione abbondante, talvolta emottisi. Cessati i sintomi acuti rimane una tosse persistente, mentre all'esame si nota sempre un focolaio esteso a tutto o parte di un lobo con ipofonesi, diminuzione del respiro e rantoli umidi. È notevole il fatto che questa infiltrazione è sempre confinata al lobo inferiore. Contrariamente a quel che si potrebbe attendere, all'esame radiologico non si rileva nulla o solo un lieve addensamento dell'ombra bronchiale. La diagnosi differenziale con la tubercolosi si fa in base al reperto batterioscopico, alla localizzazione basale del focolaio, ed all'assenza di sintomi generali marcati.

La bronchiectasia è forse un'affezione molto meno rara di quel che generalmente si crede e viene molto spesso confusa con la tubercolosi.

Nella bronchiectasia si ha tosse con espettorato purulento, non raramente emottisi, spesso sintomi fisici molto evidenti e perfino dita clavate più frequentemente che nella tubercolosi. E con l'andar del tempo si ha un deperimento generale progressivo, modificazione della respirazione, debolezza generale ecc. Tuttavia i sintomi tossici non sono così pronunziati come nella tubercolosi ed in ogni caso sempre meno accentuati di quel che comporterebbe una lesione tubercolare di pari estensione. I segni fisici sono generalmente, ma non sempre, localizzati alla base, e la loro estensione ed i loro caratteri dipendono dal volume delle cavità e dal loro stato di riempimento. Possono aversi una o più cavità, e se la malattia dura da lungo tempo si può avere una disorganizzazione più o meno accentuata delle rimanenti parti del pulmone. La tosse è parossistica con espettorazione molto abbondante e spesso fetida. Alcune posizioni, come quando il paziente si solleva dopo aver raccolto qualche cosa da terra, destano più facilmente il parossismo della tosse. La diagnosi differenziale si basa sul carattere accessionale della tosse, sull'assenza di bacilli negli sputi in ripetuti esami, su lo stato delle condizioni generali, che frequentemente si mantengono buone, sul reperto radiologico, sull'odore fetido degli sputi, e sulla localizzazione delle ectasie per lo più nel lobo medio o inferiore.

Si afferma che la pleurite sia nella grande maggioranza dei casi di natura tubercolare. Tuttavia non bisogna esagerare: conviene tener presente che la pleurite convenientemente curata guarisce senza che si manifestino successivamente segni di processi tubercolari. Nella pleurite acuta con versamento possono aversi allo stesso lato malato rantoli all'apice, che possono trarre in inganno: essi possono essere conseguenza di aderenze e scomparire quando il liquido si riassorbe o è vuotato. Non bisogna pertanto affrettarsi a far diagnosi di tubercolosi fino a quando il versamento non sia scomparso. Ma anche dopo ciò la riespansione del pulmone può avvenire lentamente e persistere indefinitamente una certa quantità di liquido. C'è allora da domandarsi se si tratta di una pleurite semplice o tubercolare. I sintomi fisici possono essere solo quelli di una parziale espansione pulmonare o quelli di un lieve versamento; l'esame batteriologico del liquido, sia al microscopio, sia con l'inoculazione agli animali, può risultare negativo. Ed allora si può conchiudere per la tubercolosi solo quando il liquido è emorragico, o se si riscontrano segni evidenti di bronco-alveolite all'apice, o se continua la febbre, tenendo per altro conto che nelle pleuriti tubercolari può mancare la tipica elevazione di temperatura. In ogni caso bisogna essere prudenti e non farsi guidare dal principio che tutte le pleuriti sono tubercolari.

Un'altra condizione, che, sopra tutto all'esame radiologico, può simulare la tubercolosi è la pneumoconiosi.

I gas così detti asfissianti hanno determinato

nei soldati delle forme di bronchiti e di ectasie bronchiali, che nulla hanno di comune con la tubercolosi. Si tratta di forme guaribili e che sembra non costituiscano neppure una condizione predisponente per l'attecchimento di un processo specifico. *Dr.*

MEDICINA.

Sulla perniciosa sincopale.

(R. LEONE. *La Riforma Medica*, 1921, p. 626).

L'A. porta un notevole contributo anatomo-clinico-patogenetico per lo studio della perniciosa sincopale, forma così rara di malaria che nella maggior parte dei trattati di malariologia (eccettuato l'Ascoli) non se ne fa nessun cenno.

Nel primo caso, ventiseenne, recidivo, l'esame del sangue fa riscontrare numerose forme anulari e semilunari di *plasmodium praecox*.

Al 4° giorno di degenza, nonostante la chininizzazione quotidiana con gr. 1,50 di sali di chinina, scoppia con forte brivido un accesso febbrile pernicioso: ben presto il polso si fa irregolare, il paziente si copre di sudore, compaiono deliqui minacciosi con vero *delirium cordis*. Tre ore dopo con polso a 140 ed aumento del sudore il malato si spegne, in una crisi, per sincope fulminea.

All'autopsia: il sacco pericardico è normale, il miocardio è flaccido, grigiastro per intensa anemia; apparati valvolari sani; fegato congesto; milza è aumentata di circa tre volte il normale, molle, con perisplenite.

Nel secondo caso, recidivo di 29 anni, l'esame del sangue durante un forte accesso febbrile mostra una monocitosi accentuata, e solo dopo molti preparati si riescono a vedere rari parassiti anulari, piccoli, del tipo della terzana maligna. Nonostante le cure sintomatiche e la terapia chininica intramuscolare, precoce, intensa, dopo otto ore dal ricovero in Ospedale, si aggrava improvvisamente, diviene pallido, accusa violenta ambascia precordiale, è colpito da deliqui.

Il polso, completamente aritmico, da 108 sale a 150: il paziente muore.

All'autopsia il pericardio è normale, il miocardio flaccido, grigio, anemico. Gli apparati vascolari sani. Il fegato è poco congesto, la milza è 4 volte il normale.

Numerosi preparati allestiti per striscio, con sostanza cerebrale, miocardio, fegato, milza, ecc., mostrano un reperto parassitario piuttosto abbondante.

Il terzo malarico, recidivo, entra in ospedale febbricitante da tre ore. L'esame del sangue rivela numerose forme anulari e semilunari. Il polso è piccolo, aritmico, con 115 battute. Si somministrano, oltre ad eccitanti, iniezioni intramuscolari di chinino. Il polso si impiccolisce progressivamente, le sue battute salgono a 150; l'infermo accusa dolore diffuso a tutto il torace, irradiantesi dalla regione precordiale: compare dispnea, deliqui e la morte cinque ore dopo l'ingresso.

Sorvolando sull'autopsia dell'ultimo caso, non vi è dubbio legare la causa fulminea di queste tre morti a paralisi cardiaca: di questa però solo le fini indagini istopatologiche poterono mettere in luce l'intimo meccanismo patogenetico.

Per lo studio dei singoli organi l'A. ha usato come colorante il May-Giemsa diluito, il metodo Pianese-Giemsa, l'impregnazione argentica del connettivo col metodo Bielchowschy-Levi, il liquido di Pianese e di Flemming, il Sudan III, il metodo di Ciaccio, ecc., per le fini alterazioni cellulari, per le infiltrazioni di grasso e lipoidi.

Già l'esame a piccolo ingrandimento di numerose sezioni del cuore, rivela a prima vista che i rapporti fra lo stroma connettivo-vascolare di sostegno e nutrizione e parenchima muscolare son del tutto conservati in tutti e tre i casi. Scarso è il connettivo ed esili sono le fibrille che s'insinuano fra i fasci muscolari: fortemente dilatati ed iperemici, i capillari sanguigni zaffati di globuli melaniferi e di parassiti.

I metodi fotografici di impregnazione argentica (Levaditi) fanno rilevare ancor più nettamente l'integrità del miocardio le cui fibre offrono chiaramente la regolare doppia striatura propria dei muscoli striati e nessuna modificazione delle strie scalariformi di Eberth.

In tutti i preparati, in qualsiasi modo allestiti attira subito il comportamento dei vasi sanguiferi, fortemente iperemici e specie dei capillari, quasi tutti trombosati e bloccati da cumuli di globuli melaniferi ed ematozoari. Non si rivela alcuna evidente alterazione del sistema nervoso autonomo intracardiaco.

L'A. conclude mettendo in rilievo che:

a) clinicamente la morte è avvenuta per paralisi cardiaca;

b) anatomo ed isto-patologicamente il miocardio non presentava lesioni evidenti;

c) il sistema capillare era dappertutto infarcito di parassiti e globuli melaniferi.

Poichè i capillari si presentano infarciti dappertutto, nel cuore, nel midollo, ecc., e se la morte non è avvenuta per comitata comatosa, algida, atrabiliare, ecc., è stato perchè, probabilmente, a carico degli altri organi non

c'erano quelle predisposizioni a lasciarsi più facilmente colpire come invece è accaduto per il cuore, e nel cuore stesso occorre quindi ricercarne le cause efficienti. Queste cause potrebbero esser date, secondo le teorie degli A. A., o da una miocardite malarica, o da una trombosi delle cavità cardiache, o dalla trombosi dei minimi capillari.

La prima causa, cioè la miocarditica, non può esser invocata, poichè le lesioni non avrebbero avuto il tempo di stabilirsi, e il reperto istologico mostra l'assenza di tali alterazioni. Per la trombosi delle cavità cardiache manca il reperto.

Resta ad ammettere che per la trombosi capillare (ed il reperto istologico lo conforta) nel nostro caso siasi avuta una inibizione della nutrizione dei centri nervosi intracardici, con sincope consecutiva. MONTELEONE.

CHIRURGIA.

Sull'ipertrofia congenita del piloro.

La causa essenziale sfugge. Hirschprung pensa a un'iperplasia primitiva, altri, tra cui F. Thomson (*British med. Journ.*, 26 novembre 1921) pensano ad un'ipertrofia consecutiva a disarmonia dei meccanismi muscolari che governano il vuotamento gastrico. Nelle prime settimane il piloro cresce rapidamente: se l'accrescimento è molto rapido, e la sierosa non si lascia distendere si ha un restringimento del lume, reso più notevole dalla formazione di pliche longitudinali sulla mucosa. Qualcosa di simile accade alla mucosa dell'uretra posteriore nell'ipertrofia congenita della vescica con idronefrosi.

Clinicamente, nelle prime tre o quattro settimane dopo la nascita non si hanno sintomi. Segue un periodo di vomiti violenti, di ritenzione gastrica dimostrabile con la sonda, di esagerata peristalsi gastrica visibile dall'esterno, tanto più a cagione del dimagramento: si ha diminuzione di peso, scarsezza di urine. Si rende poi apprezzabile un ingrossamento del piloro; in un caso era già evidente al 18° giorno di vita. Si ha quindi un periodo di sintomi secondari: emaciazione, debolezza, dilatazione gastrica, abbondanza di muco nello stomaco e nelle feci, sintomi dispeptici, tossiemici come flatulenza, coliche, diarrea, sonnolenza, talvolta convulsioni. Questi sono dovuti alle fermentazioni gastriche, e talvolta all'alimentazione impropria.

Se il bambino sopravvive si ha generalmente guarigione spontanea, per un arresto del processo d'ipertrofia.

La gravità varia da caso a caso. In alcuni già in terza settimana il piloro era quasi completamente impervio. Nei casi più benigni si tratta forse più di spasmo che di blocco meccanico.

H. Tyrrel Gray e F. N. Reynolds (loco citato) espongono i risultati di 50 casi operati, e propugnano una nuova veduta etiologica. L'operazione di Rammstedt è da preferirsi: occorre delicatezza, rapidità, e ridurre le manovre intraaddominali al minimo indispensabile; è meglio evitare di esporre l'omento. La incisione pilorica va fatta nel punto meno vascolare, e per tutta la lunghezza della tumefazione: l'emostasi dev'essere molto accurata. Nei casi degli A. A. la mortalità fu del 55 %. La morte avvenne per improvviso collasso subito dopo l'operazione nel 38 % dei casi, per collasso dopo 5 o 6 giorni nel 33 %; ciò accade talora anche ai bambini trattati medicalmente. Nel 28 % la morte fu dovuta a diarrea (enterite infettiva e steatorrea).

Il piloro fu trovato ipertrofico e iperplasico. Poichè l'ipertrofia di un muscolo isolato non può esser dovuta che ad accesso funzionale, gli A. A. pensano ad uno stimolo eccessivo. Il piloro è innervato dal simpatico, che viene stimolato dall'adrenalina: secondo gli A. A. l'ipersurrenalismo sarebbe la causa dell'ipertrofia, come aveva già immaginato Pirie.

Secondo Haas il piloro sarebbe innervato dal vago, ma ciò è lungi dall'esser dimostrato: l'atropina reca sollievo agendo sulla mucosa, che diminuisce la secrezione e si retrae, anzichè sulla muscolare.

Nel bambino non si può dimostrare un ipersurrenalismo, ma poichè l'ipertrofia comincia nell'utero, può dipendere da ipersurrenalismo materno, che a sua volta è influenzato da fattori psichici. E i casi degli A. A. erano nel 60 % primogeniti, e nel 21 % degli equivalenti rispetto alla psicologia materna (figli nati dopo lungo intervallo, dopo la morte dei fratelli, ecc.).

La diarrea postoperatoria è indice di una insufficienza pancreatica. Questa a sua volta contribuisce a mantenere lo spasmo pilorico. La steatorrea predispone all'enterite infettiva: vi predispone pure il passaggio nell'intestino del chimo irritante, non trasformato in chilo. Anche l'insufficienza pancreatica dipenderebbe dall'ipersurrenalismo.

L'insufficienza epatica spesso accompagna l'insufficienza pancreatica: le morti in collasso a distanza dall'operazione forse dipendono dalla degenerazione grassa del fegato, che fu osservata pure in casi non operati. A questo riguardo è da notare che nell'86 % delle morti per collasso tardivo l'anestesia fu cloroeterea.

La gastrite, tumefacendo la mucosa aumen-

ta l'ostacolo, e contribuisce all'insufficienza epatopancreatica: ma può essere combattuta con lavaggi gastrici ripetuti preoperatori. Una gastrite persistente, eventualmente con ematemesi, è di cattiva prognosi. La fimosi e la balanite possono dar origine a stimoli del simpatico e spasmo pilorico: non di rado sono causa di vomito anche nei normali: pertanto entra in discussione l'opportunità della circoncisione, almeno postoperatoria.

Nei casi degli A. A. il 68 % erano maschi, e in essi la prognosi pre- e postoperatoria fu più grave che nelle femmine.

La prognosi dell'intervento è tanto più grave quanto più giovane è il soggetto (in media gli operati avevano 8 settimane) e quindi minore il suo peso: è più grave nei primogeniti e nei loro equivalenti, e in essi la sindrone morbosa insorge più presto.

Le elevazioni termiche che talvolta si hanno non controindicano l'operazione.

L'anestesia più sicura è quella al protossio d'azoto e ossigeno. Con essa diminuiscono anche le probabilità dell'iperpiressia postoperatoria, che talvolta si presenta, anche quando non vi fu lesione della mucosa, e può giungere a 40° senza essere di prognosi assolutamente sfavorevcle.

L'intervento non deve essere praticato di urgenza; la preparazione all'intervento comprende il lavaggio gastrico per 4 giorni e la ipodermoclisi di soluzione fisiologica glucosata al 2 % almeno per 2 giorni, onde restituire la elasticità alla pelle.

I sintomi possono durare ancora per qualche settimana. Dopo l'operazione è necessario un lungo ed accurato trattamento medico. Per la dieta nelle prime 24 ore dare acqua glucosata, poi latte peptonizzato e degrassato; quando la funzione pancreatica si mostra normale dare latte intero, preferibilmente materno.

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Endocrinologia. Lezioni tenute ai RR. Istituti Clinici di perfezionamento di Milano. Un vol. in-8, di 322 pag. con figure ed una tavola colorata. Pubblicato per cura dell'Istituto Sieroterapico milanese. Milano, 1922. Prezzo L. 15.

Nel volgere di pochi lustri, l'endocrinologia, dai primi incerti tentativi ha assunto un rigoglioso sviluppo: si sono ottenuti brillanti risultati nel campo della terapia e si è giunti ora ad un insieme organico di conoscenze che già permette un certo orientamento in questo campo, che fino a poco tempo fa era sconosciuto od oscuro. È necessario che il medico sia al corrente di questi studî, di cui molti hanno tuttora una cognizione vaga e malsicura, la quale non permette di afferrarne tutta l'importanza, che essi possono avere nella pratica giornaliera.

Ad iniziativa dell'Istituto Sieroterapico milanese, è stata tenuta nello scorso anno, agli Istituti Clinici di perfezionamento una serie di lezioni su questo argomento, a vantaggio dei medici di Milano. Sono queste lezioni che formano la materia del presente volume.

Il prof. Livini tratta l'anatomia e l'embriologia degli organi a secrezione interna, base necessaria per una conoscenza dell'argomento: le nitide figure della tavola sono in massima parte desunte da lavori originali dello stesso Livini. In altre due lezioni, la fisiopatologia generale degli organi a secrezione interna è tracciata a grandi linee dal prof. P. Rondoni; egli espone i caratteri generali degli ormoni, la correlazione umorale e neuro-umorale, gli effetti dell'estirpazione delle ghiandole endocrine, il concetto di disfunzione, le funzioni antitossiche, i rapporti fra l'endocrinologia ed altri campi della fisiopatologia.

A base delle alterate funzioni endocrine, stanno anche fatti anatomo-patologici che il prof. A. Pepere compendia mostrando i rapporti che passano fra alterazioni ghiandolari e manifestazioni morbose.

In campo più strettamente pratico sta il prof. Pende nel parlare sulle forme minori e di frontiera della endocrinopatologia e sui rapporti fra questa e la patologia nervosa e mentale: grandissima è l'importanza di queste lezioni per il pratico, tenuto conto che raramente si incontrano le grandi sindromi, mentre sono molto frequenti le piccole disfunzioni che è opportuno riconoscere; è tutta la dottrina delle costituzioni, dei temperamenti, che viene considerata in questi capitoli, e che riceve dal-

la formola ormonica nuova luce, non solo per quanto riguarda le funzioni fisiche ma anche per tutto il lato neuropsicologico della personalità.

Ma l'endocrinologia non è limitata al campo della diagnosi e della patologia; essa di fatto è feconda di applicazioni terapeutiche, purchè regolata a dovere. Nelle ultime due lezioni il prof. Coronedi espone i concetti generali della opoterapia ed i risultati che con essa si ottengono, accennando ai miglioramenti nella tecnica dell'estrazione delle sostanze attive ed alle speranze, che giustamente si ripongono per l'avvenire di questa scienza.

Sebbene dovuto alla collaborazione di autori diversi, il libro non manca di omogeneità ed è chiaro ed interessante; tali qualità lo faranno apprezzare dalla classe medica, che troverà in esso una buona guida per la conoscenza di questa branca di scienza, la quale ha assunto oggi tanta importanza.

fil.

A. LUMIÈRE. *Rôle des colloides chez les êtres vivants* (pagg. 293, in-8°, Masson e C., Parigi, 1921. Fcs. 16).

L'Autore stesso definisce sinteticamente questo suo libro con un sottotitolo: « Nuove ipotesi nel dominio della biologia e della medicina ».

Dopo i primi capitoli, nei quali con magistrale brevità e lucidità sono esposte le nozioni fondamentali sullo stato colloidale della materia, lo scrittore entra subito nel pieno sviluppo del suo concetto originale, che è racchiuso tutto nella sua formola: *Lo stato colloidale è fondamento della vita: la flocculazione determina la malattia e la morte.* Egli porta il lettore a questa conclusione con una serie di dimostrazioni e di ragionamenti, per i quali non disconosce la necessità di ulteriori studi e conferme.

Ma il lettore lo segue con vivo interesse e con sempre desta curiosità: e spesso sente tutta la seduzione delle ipotesi e il desiderio di approfondire la sua coltura in questo campo della colloidologia, che l'autore gli fa intravvedere ricco di interesse e di promesse. E ciò costituisce un pregio non piccolo del libro.

Ricchissima la bibliografia, che consta di 1007 citazioni, e che avrebbe costituito un prezioso riscontro per ogni studioso di colloidologia, se avesse contenuto oltre la semplice indicazione del luogo di pubblicazione, anche il titolo dell'articolo o del volume.

g. sabatini.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arte.

Adunanza ordinaria del 7 ottobre 1921.

Alcune particolarità dei miogrammi di muscoli striati e loro rapporti colla dottrina della contrattilità del sarcoplasma.

F. STEFANI. — In questo lavoro l'O. mostra come nei miogrammi dei muscoli affaticati, il regolare succedersi della scomparsa delle onde elastiche, della comparsa del « punto di passaggio » e del rallentamento successivo della linea discendente si possa spiegare mediante la dottrina della contrattilità del sarcoplasma, e porta ulteriori osservazioni in appoggio di questa dottrina.

Rapporti fisio-patologici fra le capsule surrenali e le ghiandole germinative.

L. BOTTACIN. — Il secreto surrenale, per mezzo di uno dei suoi principi più attivi, *l'adrenalina*, esercita un'azione sulla funzionalità delle ghiandole germinative (testicolo ed ovaio), provocando una neoformazione ed un'ipertrofia delle cellule interstiziali e stimolando la produzione dei lipoidi.

Le ghiandole germinative stimolate dall'adrenalina secernono sostanze, le quali neutralizzano in parte gli effetti tossici dell'adrenalina sui vasi sanguigni. Negli animali castrati, infatti, l'azione dell'adrenalina sui vasi riesce ad esercitare effetti molto più gravi che non negli animali normalmente provveduti di ghiandole germinative.

Ricerche sulla viscosità del sangue totale del siero e del plasma nelle emolisi e nell'annegamento.

R. PELLEGRINI. — Nelle asfissie per annegamento in acqua comune diminuiscono sia la viscosità, sia il peso specifico del sangue totale; mentre nessuna modificazione in questi riguardi si ha nelle asfissie per annegamento in liquido di Ringer. Nell'un caso e nell'altro, siero e plasma non mutano sensibilmente il rispettivo grado di viscosità.

Nell'emolisi per acqua distillata si verifica un aumento relativo di viscosità, che invece non si produce nelle emolisi da gelo e disgelo.

Importanza dell'attività vasale nella formazione della ipostasi.

R. PELLEGRINI. — Le ipostasi nel cadavere non si formano soltanto per azione della gravità alla quale sottostà il sangue quando si mantiene liquido, ma a produrle contribuiscono dei movimenti spontanei che i vasi mostrano dopo la morte e che possono essere sperimentalmente riprodotti.

A. DIAN.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La prognosi della broncopolmonite.

V. Bie (*Acta med. Scandin.*, 5 dicembre 1921) col metodo statistico, dopo aver esaminato le schede di oltre mille ammalati di broncopolmonite influenzale, giunge alle seguenti conclusioni.

La gravidanza aggrava la prognosi, ed ancor più l'aborto, soprattutto dal quarto mese in poi (oltre il 60 % di esiti infausti).

La broncopolmonite d'altronde favorisce l'aborto, assai più dell'influenza anche altamente febbrile ma non complicata.

Le malattie di cuore aggravano la prognosi quasi nella stessa misura della gravidanza: l'associazione di questi due fattori dà una mortalità di oltre il 70 %.

La broncopolmonite doppia ha una prognosi più grave (35 %) della unilaterale (10 % di morti).

L'ittero e anche più l'albuminuria aggravano molto il pronostico.

Relativamente alla temperatura si può solo dire che una diminuzione graduale è buon segno; pel resto è un criterio pronostico molto infido.

Si può ritenere come regola generale che una relativa lentezza del polso (ad es. 95-100 con una temp. di 39°-40°) è di miglior prognosi che un polso molto frequente; si ha spesso un aumento di frequenza terminale, benchè possa verificarsi anche l'opposto.

Ma il miglior criterio prognostico ci è offerto dalla frequenza del respiro: al disotto di 30-35 respiri per minuto vi sono molte probabilità di guarigione, oltre 40 respiri la prognosi è molto oscura, specialmente nella broncopolmonite bilaterale (più del 60 % di morti); oltre 60 è quasi assolutamente letale.

L'importanza pronostica del respiro si comprende facilmente, poichè esso direttamente dipende dallo stato del cuore e dall'estensione del processo polmonare, mentre il polso e la temperatura possono dipendere anche da fattori meno importanti (tossiemia, turbe vasomotorie).

L'A. ritiene che i criteri prognostici dedotti dall'estensione del processo, dalla frequenza del respiro, dalle complicazioni che indeboliscono il cuore (gravidanza, malattie di cuore) valgano per ogni forma di polmonite; che invece valgano per la sola forma influenzale i criteri dedotti dai sintomi tossici (ittero, albuminuria, polso, temperatura) che possono variare da un'infezione all'altra. DORIA.

Il trattamento dell'influenza.

J. Konings (*Le Scalpel*, 18 febbraio 1922) riassume come segue il trattamento attuale dell'influenza:

Forma semplice. — Trattamento sintomatico rivolto specialmente a calmare i sintomi penosi e ad evitare le complicazioni.

Riposo in letto anche nelle forme più leggere, fino alla caduta completa della febbre: non permettere l'uscire di casa se non 2-3 giorni dopo la defervescenza.

Alimentazione ristretta, tanto più che essa, è male sopportata e provoca spesso vomiti: brodi di legumi, latte, in generale tisane calde: l'alimentazione sarà invece sostanziosa dopo la caduta della temperatura per riparare alle notevoli perdite di urea.

Pochi medicamenti e specialmente pochi antitermici, l'A. consiglia di somministrare 2-3 volte al giorno delle cartine con 25 cg. di bromidrato di chinina e 10 cg. di piramidone. Tale associazione medicamentosa ha sempre effetto calmante sui sintomi penosi, cefalea ed algie diverse. Se vi è tosse estenuante, si otterranno buoni risultati con il benzoato di sodio associato allo sciroppo di codeina: la laringite si combatterà con applicazioni calde al collo ed inalazioni balsamiche. Tenuto conto che l'influenza è una malattia deprimente, sarà preferibile somministrare un purgante *dopo* che la febbre è scomparsa. Contro l'astenia successiva, talvolta prolungata, si darà la stricnina per iniezioni (1 mg. al giorno) o per bocca.

Influenza complicata. — Nei casi di complicazione polmonare, è utile ricorrere subito alle coppette scarificate e rinnovate spesso: se vi è edema polmonare e minaccia d'asfissia, fare immediatamente un salasso, abbondante; se il cuore è debole ricorrere subito alla digitalina (5-10 goccie al giorno della soluzione a 1 ‰); in casi d'urgenza, con sincope imminente, alla caffeina.

L'olio canforato ad alte dosi (venti cmc. della soluzione al venti per cento) in due o tre iniezioni nelle 24 ore dà eccellenti risultati e così pure l'olio etereo-canforato. L'asma, l'ipotensione si combatteranno con vantaggio mediante l'adrenalina (5-10 gocce della soluzione a 1 ‰).

In presenza di fenomeni gastrici con vomiti ripetuti, che impediscono ogni alimentazione, è utile la somministrazione di *champagne* gelato in quantità piccole, ripetute spesso; eventualmente si faranno iniezioni sotto-

cutanee di siero glucosato, o meglio l'applicazione rettale *goccia a goccia* di siero al glucosio-urotropina 47/1000.

Contro la febbre sono utili gli impacchi umidi ed i bagni caldi (35°-36°) che agiscono favorevolmente sulla temperatura, calmano lo stato nervoso e decongestionano gli organi respiratori. Poca o punta efficacia hanno gli agenti antisettici e le iniezioni di metalli colloidali.

fil.

Il pericolo naso-faringeo.

Il naso-faringe può essere considerato come un vero nodo di comunicazioni patologiche, tra le cavità della faccia e le vie aeree e digerenti; esso costituisce un serio pericolo, quando sia la sede di processi suppurativi, da cui sfuggano dei prodotti: se è ostruito da una neoformazione, si trova scosso tutto l'equilibrio organico, poichè dalla libertà del cavo dipende la qualità del movimento respiratorio e dell'ematosi. È quindi importante sospendere le prime manifestazioni infiammatorie od i primi segni d'ostruzione, per poter procedere in conseguenza, in modo da salvaguardare la integrità delle funzioni tubo-timpaniche e respiratorie e da proteggere le cavità sinusoidali, esofagee ed oro-faringee.

Oltre ai tumori del cavo, di dominio dello specialista, alla sifilide del cavo, che non è rara al periodo terziario, G. de Parrel (*Journ. d. praticiens*, 3 dic. 1921) accenna a disturbi del naso-faringe, che il pratico deve conoscere. Tiene il primo posto *l'adenoidismo*, di cui le vegetazioni non sono che la manifestazione più obbiettiva; il trattamento consiste nello scucchiaiamento, con le precauzioni d'uso, e nel ristabilire la funzione con esercizii metodici di rieducazione respiratoria nasale.

Fra le affezioni più frequenti va menzionato il *catarro naso-faringeo*: quello acuto dipende da un'infezione limitrofa (naso, amigdale, sfenoide, ecc.) o generale; quello cronico rappresenta una partecipazione effettiva del cavo ad uno stato particolare delle mucose nella cavità bucco-faringea, laringo-tracheale, senonasale, consistente in fenomeni di ipercrinia, squilibrio vascolare, eccitabilità intensa; l'artritismo ed il reumatismo sono il più spesso responsabili di tale stato, che può essere dovuto anche a coriza cronica, poliposi, sinusite, irritazioni esogene (fumo, alcool, polveri, ecc.).

Per il medico pratico, la diagnosi della forma acuta si baserà sulla reazione febbrile, dolore setto-nasale, disturbi respiratorii, voce nasale; abbassando la lingua, si osserva la mucosa rossa e tumefatta con abbondanti essudati; in periodi di epidemia, non bisogna dimenticare che la meningite cerebro-spinale si inizia con sintomi analoghi. Nei catarri cronici, il paziente si lamenta di continuo bisogno, più accentuato al mattino, di *raschiarsi* la gola, per la difficile discesa del muco-pus aderente. Come profilassi è consigliabile anzitutto eliminare tutte le cause di irritazione esogene od endogene. Durante le infezioni, specialmente le febbri eruttive, ed in periodi di epidemia di meningite cerebro-spinale, disinfettare le fosse nasali e la gola con la resorcina; questa può usarsi come pomata nasale (resorcina, eucaliptol, ana cg. 20; vaselina g. 20; introdurne quanto un pisello nelle narici 4-5 volte al giorno); per gargarismi (all'1 % in acqua: usarla tiepida); per polverizzazioni endonasali (all'1 % in olio d'oliva sterilizzato; 3 volte al giorno). Nella naso-faringite catarrale acuta, oltre a spennellare il cavo con glicerina resorcinata (1 : 25) o jodata (1 : 100) si faranno fumigazioni molto calde per cinque minuti con eucaliptol g. 5, tintura di benzoino g. 10, alcool g. 90 (un cucchiaio in un catino di acqua bollente; 3 volte al giorno).

Nella naso-faringite cronica, praticare doccie retro-nasali per via boccale con la seguente soluzione: bicarbonato di sodio g. 80; borato di sodio g. 50, cloruro di sodio g. 60, timol g. 1, acqua bollita 1 litro.

Sono poi da citarsi le affezioni rino-faringee dovute ad affezioni di indole generale, oppure a lupus e ad ozena, che sono la propagazione o la sequela di lesioni della stessa natura stabilite sulle mucose vicine.

fil.

Formulario.

Contro l'ipertricosi.

Fare applicazioni mattina e sera con la crema seguente:

Sapone medicinale polverizzato	g.	50
Formalina	»	300
Paraffina solida	»	20
Lanolina	»	100
Sego di bue salicitato a 10 %	»	525
Timol	»	5

Nelle alopecie post-febbrili.

Alcoolato di lavanda	g.	20 —
Acetone anidro	»	30 —
Acqua distillata	»	30 —
Nitrato di potassio	»	0.50
Alcool a 90° p. b. per	cmc.	300 —

Per frizioni da farsi, con una spazzola semidura, quotidianamente per 10 minuti (donne) o per 4-5 minuti (uomini).

(*Journ. de Méd. de Paris*, 7 genn. 1922).

f. b.

SEMIOTICA

Un nuovo metodo di ricerca della secrezione gastro-intestinale.

Il metodo che Dodds descrive (*The Lancet*, n. 5116, 1921) parte da un logico presupposto teorico.

Analizzando dei campioni di aria alveolare, presi dopo un pasto determinato, si possono dimostrare variazioni del contenuto di CO^2 le quali sono in rapporto colla secrezione di succhi da parte dello stomaco e dell'intestino, e più strettamente colla secrezione gastrica di HCl.

Ciò che si spiega nel modo seguente: quando lo stomaco secerne HCl, il sangue tende a divenire alcalino; questa alcalinità viene compensata col trattenere in circolo il nucleo labile dell'acido carbonico, onde si ha abbassamento della tensione di CO^2 nell'aria alveolare. In un secondo tempo, quando si produce la secrezione intestinale alcalina, il sangue verrebbe ad aumentare di acidità, e per compenso si ha accresciuta eliminazione di CO^2 attraverso i polmoni.

Il Dodds ha costruito delle curve tipiche per l'eliminazione di CO^2 dopo un pasto di prova, negli individui normali, nei malati di ulcera pilorica e in quelli infermi di ulcera duodenale.

Egli ha fatto ricerche su campioni di aria alveolare presi col metodo di Haldane-Priestley e studiati con l'apparecchio di Haldane; ed enumera i pregi principali di questo suo metodo, applicabile solo ove esistono laboratori bene attrezzati, e che consistono soprattutto nella non necessità di introduzione nello stomaco di sonde, nella possibilità di esplorare la funzione intestinale, nella dosabilità *totale* dell'acidità o dell'alcalinità secreta, e nell'eliminazione delle cause di errore chimico fornite dal muco gastrico, dalle reazioni salivari, ecc.

A questa nota preventiva seguirà il lavoro su larga casistica. *g. sabatini.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La crisi emoclasica della malaria cronica.

Il Lodoni (*Studium*, n. 12, dic. 1921) ha ricercato, per mezzo della crisi emoclasica, la funzionalità epatica nei malarici cronici. Ed è giunto alla conclusione che la crisi si manifesta non solo ogniqualvolta coesista glicosuria alimentare e urobilinuria, ma anche al di fuori di queste prove, dimostranti l'insufficienza epatica riguardo la funzione glicogenetica e biligenica. Il che vorrebbe significare che la funzione proteopessica del fegato è la più delicata, ed è la più lesa nella malaria cronica.

I casi clinici studiati dall'autore sono andati sempre d'accordo, sia per il successivo decorso, sia per l'eventuale osservazione di vere complicanze epatiche fino alla cirrosi, con la risposta data dalla crisi emoclasica.

Le alterazioni della milza, anche gravissime, non rendono la prova positiva, quando il fegato è di per sè sufficiente.

g. sabatini.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1213) *Galattagoghi.* — Al dott. V. Poccetti, abb. n. 14,096:

Il più potente galattagogo è la suzione del poppante. Se questo è debole e incapace di esercitare suzioni energiche, tenti il massaggio e la spremitura manuale.

Poca fiducia abbia nei medicamenti galattagoghi, la cui lunga lista potrà trovare in qualunque manuale sull'allattamento. È stata sopratutto consigliata la galega officinalis (estratto acquoso gr. 1-5 in pillole o sciroppo). Da tentarsi è anche un trattamento opoterapico (poliendocrinolo galattagogo dell'Ist. terapeutico romano) e le iniezioni di saccarina Lomonaco.

Per la cessazione della secrezione lattea bastano spesso una fasciatura compressiva e i purganti salini. T. L.

(1214) Al dott. G. Doria, abb. n. 6721:

Manuale pratico di Pediatria. COZZOLINO. — Casa editrice Idelson, Napoli, 3ª ediz.

Consultazioni di Clinica, Dietetica e Terapia infantile. VALAGUSSA. — Casa editrice Pozzi, Roma, 3ª ediz.

Précis de Médecine des Enfants. NOBÉCOURT. — Editore Masson, Parigi, 4ª ediz.

Les maladies des Enfants. HUTINEL. — Editori Azzelin e Houzeau, Parigi, 5 volumi.

T. L.

(1215) All'abbonato 13213:

Manuali di eugenica ad uso coltura popolare: CAMPIONE F. *Per i germi della specie.* Laterza ed. Bari, 1920. — HAVELOCK ELLIS. *Lo scopo dell'eugenica.* Casa editrice Leonardo da Vinci, V. Castelfidardo 33, Roma (40).

fil.

(1216) All'abb. n. 1577:

Un *Trattato di Bromatologia* non esiste attualmente in Italia; ciò che è di grande disagio per medici e studenti. Nel trattato d'Igiene del

compianto prof. Celli, stampato in quattro volumi nel 1912, vi è tutto, e può ancora essere utilissimo perchè non è molto arretrato rispetto ai progressi scientifici conseguiti in questi ultimi anni ed alle modificazioni apportate alle leggi sanitarie. Disgraziatamente esso è esaurito; però non credo difficile procurarselo da qualche collega compiacente per le consultazioni, di cui momentaneamente si può aver bisogno.

S. A.

VARIA

Charlas de café.

Col titolo modestissimo di *Ciarle da caffè* Ramon y Cajal, emulo glorioso del nostro Golgi nello studio della struttura del sistema nervoso, pubblica in 2ª edizione un volume di pensieri dispersi, assai degno della più intensa disamina. Sono nulla più che le scheggie incandescenti di un enorme masso intellettuale; ma ciascuna di esse disserra inattesi spiragli sugli abissi dell'anima e della società umana.

La posizione eccelsa dello scrittore e la sua vicenda trionfale, i suoi lunghi viaggi, la lunga consuetudine infine cogli uomini del settentrione, non son valsi a divellere dall'animo suo quel profondo senso di pessimismo scorato, che aleggia ineluttabile sulle genti meglio sorrise dal sole meridionale.

Non dunque potremo stupirci, incontrando nelle sue pagine asserzioni come queste: — La gloria non è che un oblio differito. — È doloroso constatare che l'uomo, il quale visse quale eroe e pensatore geniale, muore quasi sempre come imbecille o demente. E questo motto, degno di Shakespeare: — Tu vali ben poco, se la tua morte non è desiderata da molte persone.

Ma abbondano pur anco nel libro le serene visioni del pensatore ed elettissimo artista:

È proprio dei grandi genii, come degli abitatori degli abissi marini, di procedere illuminati dalla loro propria luce. — Si è deplorato cento volte l'angoscioso calvario del genio nato anzi tempo; ma è ben più dolorosa la storia dei genii, che, per essere nati troppo tardi, si avveggono che la loro opera, al cui compimento la natura prodigò loro doni insuperabili, era già realizzata. — Il pericolo che si corre avvezzandosi alla lettura dei libri mediocri consiste nella supervalutazione delle nostre modeste qualità. — La migliore scuola del prosatore è il previo esercizio della poesia.

Nè sono meno profonde le sue considerazioni di carattere politico e sociale:

In 25 anni di vita politica (l'autore è senatore) mi son persuaso che, in luogo di discutere innanzi di votare, sarebbe assai preferibile votare innanzi di discutere. Il risultato sarebbe circa lo stesso, col vantaggio di risparmiare tempo, fastidi, irritazioni ed animosità. — Chiamare parassiti gli sfruttatori della politica è calunniare i parassiti, i quali, per pietà verso le vittime, sacrificano organi importanti come gli occhi, le mandibole, il ganglio cerebroide, le zampe e perfino l'intestino.

Il nostro autore non risparmia alla propria nazione le critiche più dilaceranti ed esasperate: L'ideale dello Spagnuolo di tutti i ceti è di giubilarsi dopo pochi anni di lavoro, o, se è possibile, prima di lavorare. — Per compenso alla frase superba, che il sole non tramonta mai nei dominii della Spagna, oggi può ben dirsi che mai albergherà il sole della scienza nei cervelli spagnuoli. — Le mie scorrerie attraverso gli Stati Uniti mi hanno additate le seguenti particolarità rivelatrici di alcuni nostri difetti capitali: le case vi mancano di balconi esibitori di zitelle oziose; mancano, o sono rarissimi, i caffè; innanzi ad un incidente di vettura, o a qualche insolito evento, la gente non fa crocchio; e gli studenti od i giovani camminano composti senza trattenersi a guardare o seguire le donne. — È forza riconoscere che l'intervento della Spagna nella politica europea ha sempre costituito una remora della civiltà. — Tre vizi profondi corrodono la Spagna: che ogni istituzione o classe sociale si considera come un fine, anzichè come un mezzo; che le cariche più eminenti si assegnano ad individui privi di adeguata preparazione; che, per quanto grandi siano le colpe dei potenti, esse son sempre impunite. — La sventura del nostro paese è che l'interesse individuale ignora l'interesse collettivo. — La stazionarietà della Spagna si deve all'estrema intolleranza, alla debolezza del moto della conoscenza ed alla mancanza di profonde convinzioni filosofiche e politiche.

E spigoliamo ancora alcune riflessioni sulla grande guerra: Tutte le nazioni hanno fatto guerre giuste od ingiuste. Ma conosco un solo caso di popolo prospero, esuberante, esercente in Europa una indiscutibile e bene acquisita egemonia scientifica, morale ed industriale, che abbia avuta la fantasia di far la guerra ai propri amministratori, discepoli e clienti, senz'altro risultato che di raccogliere odii inestinguibili e di impoverire tutti gli altri. — La adibizione della donna al lavoro, promossa da questa guerra, condurrà alla creazione di un tipo di donna abortita, simile all'operaia degli imenotteri, distruggendo così quella divergenza fisica e morale dei due sessi, opera millenaria della natura e vantaggio inestimabile della prosperità della specie.

Mi lusingo che codeste rapide note bastino a far comprendere come ci troviamo dinnanzi ad uno spirito elettissimo il quale, comparabile in questo a Tolstoi, emerge dalle lande intellettuali della sua patria come la palma del deserto. Il che varrebbe a provare come il genio vero trionfi delle influenze più refrattarie dell'ambiente, e riesca al prodigio di fare spuntare sulla rupe più brulla i fiori ed i frutti vivificatori.

(Da un articolo del sen. Achille Loria, pubblicato in «*Echi e Commenti* - rassegna universale della stampa» del 25 feb. 1922).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La medicina per piccola posta.

Una volta la piccola posta dei giornali politici era riservata alla soluzione di quesiti di eleganza, di amore e di saper vivere. Le ragazze innamorate, i giovanotti spasimanti, le signore del piccolo e del gran mondo trovavano, come trovano, nella piccola posta consolazione dei loro tormenti, dei loro dubbi angosciosi. L'anonimo può domandare tutto al consolatore ignoto, e le risposte scritte in caratteri tipografici son le più suggestive e quindi le più confortanti.

Una tal sorta di corrispondenza si è andata rapidamente accreditando, e serve ad accreditare e diffondere i giornali che la praticano. E non fa male a nessuno, anzi fa bene a tutti: alle intelligenti lettrici, ai non meno intelligenti lettori, ed ai più intelligenti ancora redattori ed amministratori dei giornali. Questi dalla piccola posta, oltre il beneficio di colmare qualche colonna, di procurare abbonati ed assidui, ne ricavano qualche altro più tangibile. La *réclame* si è insinuata dapprima spontaneamente, poi artificiosamente ed abilmente. L'accreditamento delle nuove mode e delle ditte che le lanciano è più efficace, e costa di più, attraverso la piccola posta che attraverso gli annunzi di quarta pagina.

Ma la moda, l'amore, il saper vivere, a quel che sembra, non sono più sufficienti ad alimentare una così fatta rubrica. C'è pure qualche cosa che interessa di più ed un po' tutti: la salute. Qual migliore argomento per la piccola posta? Così questa da tanto superne sfere è scesa alla medicina. Il successo non poteva mancare, e non è mancato.

I nuovi giornali politici della capitale hanno riservato un cantuccino alla piccola posta del medico. I vecchi periodici per non essere da meno hanno seguito l'esempio. Ma il cantuccino ben presto è diventato insufficiente: ora intere colonne sono destinate a propinare al pubblico ed all'inclita i precetti di Esculapio.

Si sa: è un parere, è un consiglio che si ottiene gratuitamente — e pur vero che i pareri ed i consigli medici anche orali sono spesso gratuiti — e molti profittano. E poi non è detto che la piccola posta debba essere assolutamente alimentata dalle domande, le risposte possono stare anche senza le domande.

Il fatto non avrebbe seria importanza e non meriterebbe di essere rilevato se si dovesse considerare, come sembra sia per il momento, uno dei tanti espedienti per aumentare la diffusione dei giornali. Questi sono aumentati di numero oltre ogni necessità ed oltre ogni possibilità di vita naturale, e si spiega il tentativo di interessare e di legare il pubblico con ogni mezzo.

E forse alla classe medica non ne deriva alcun danno oltre i fastidi inerenti alla possibilità che i pareri diagnostici e terapeutici possono essere appellati al Tribunale della piccola posta. Purtroppo per la gente semplice il giudizio dato da anonimo ed espresso in lettere stampate ha un gran fascino.

Ma, a parte ciò, non sarà male sorvegliare tale specie di letteratura. Le degenerazioni, anche all'infuori e contro la volontà dei primi ideatori di un sistema, sono possibili.

Come la ordinaria piccola posta amorosa e mondana può prestarsi alla pubblicità di case di moda, di profumieri e simili, quella medica potrebbe prestarsi alla *réclame* di prodotti farmaceutici.

Le case produttrici di specialità medicinali cercano di giungere al consumatore direttamente e non più attraverso i medici. E per giungere a tanto nessun mezzo migliore della piccola posta, anche se, anzi meglio, se il redattore fosse per avventura un medico.

Pangloss.

Sulla pensione dei Medici condotti.

Non è fuor di luogo, anzi è assolutamente indispensabile richiamare l'attenzione, non tanto dei colleghi, quanto dei medici che sono in Parlamento, su quello che sono, allo stato attuale, le pensioni dei medici-condotti. Su quasi tutti i giornali di classe si è discusso fino a divenire prolissi di un'infinità di argomenti: Sull'assicurazione delle malattie (fortunatamente molto di là da venire), sulle otto ore di lavoro, sul riposo settimanale, sui ribassi ferroviari; ma poche e rare voci si sono sollevate contro l'irrisoria pensione che si largisce ai medici. Anche nei Congressi, molta accademia, molti discorsi, molti ordini del giorno sugli argomenti più disparati, ma poche ed affrettate parole su ciò che riguarda la nostra pensione: e quello che è peggio nessun provvedimento sembra che sia in vista.

Quando si pensa che un modesto guardiano di ferrovia va in pensione dopo 30 anni di servizio con 6000 lire e un macchinista con 12.000 lire; che un maestro elementare può giungere ad 8000 ed un postelegrafonico superare facilmente 9000 lire, sembra quasi impossibile che un medico condotto, di cui è superfluo porre in rilievo l'importanza, la

responsabilità, il disagio, il sacrificio, arrivi appena a 900 lire, dopo 25 anni di servizio, ed a 3000 dopo 35 e 65 anni di età. Le cifre ed i fatti non possono essere impugnati da nessuna argomentazione.

È vero pur troppo che noi non siamo temibili come i ferrovieri, nè potentemente organizzati come i maestri; ma restando ancora supinamente acquiescenti a questo trattamento, diamo un indizio troppo palese della nostra disorganizzazione, se non di peggio.

Non sono necessarie molte parole per illustrare la diversità del trattamento: nè è il caso di rilevare che i medici condotti che non hanno beni di fortuna, e vanno ora in pensione, saranno costretti ai più duri sacrifizi ed alle più amare privazioni; ma va messo in evidenza un fatto doloroso, e cioè che molti medici, pur desiderosi di un meritato riposo, resteranno ancora sulla breccia, per usufruire ancora di uno stipendio, che consenta loro di non morire di fame, pur vedendo con dolore assottigliarsi ogni giorno la clientela.

Ed il vecchio sanitario, accasciato dall'età e da un lavoro che ha continuato ininterrottamente per 35 anni, dovrà dopo tante fatiche e rinunzie, e quando l'età inesorabile l'avrà fiaccato, dovrà ancora fare un'altra rinunzia, quella del riposo, dovrà rinunziare ad un diritto già riconosciuto e sancito per ogni categoria di lavoratori del braccio e del pensiero e dovrà ancora continuare a portare la soma di un lavoro che si fa sempre più soverchiamente gravoso. Putroppo, solo restando in servizio, il medico condotto potrà continuare a percepire uno stipendio che gli permetta di vivere.

Sarebbe opportuno che di tale stato di cose fosse edotto il pubblico che non sa, non può credere, nè può immaginare, come tristamente batte alla porta la miseria per il medico condotto in riposo: sarebbe opportuno che i quotidiani politici esponessero a coloro che dell'opera del medico condotto tutti i giorni si servono, quale miserevole compenso ha una vita di sacrificio e di abnegazione: sarebbe opportuno che queste cose si affermassero e si discutessero là dove si promulgano le leggi e i decreti.

Si elevi, ed è giusto, il contributo delle pensioni, ora specialmente che le migliorate condizioni dello stipendio e l'abolizione della condotta piena ha elevato i medici alla dignità di uomini.

Dott. TITO NOFERI.

Cronaca del movimento professionale.

I medici della C. R. I.

Riceviamo:

La Lega Nazionale fra i Medici della Croce Rossa Italiana (Torino - via dei Mille, 16) in seguito all'agitazione promossa per indennità di congedo agli Ufficiali volontari ed assimilati, per la concessione della polizza di assicurazione e per la medaglia commemorativa delle campagne di guerra 1915-1918 ha ottenuto dal Comitato Centrale della C. R. le seguenti informazioni:

«1. Sono state date le necessarie disposizioni ai singoli Comitati per il pagamento dell'indennità congedo agli Ufficiali volontari ed assimilati.

Gli interessati possono quindi rivolgersi al proprio Comitato di iscrizione per la riscossione della somma loro dovuta.

2. Le disposizioni relative alla concessione della polizza gratuita di assicurazione non sono state affatto modificate. In conseguenza, detta polizza è dovuta agli Ufficiali che dal 1° gennaio 1918, o in seguito, hanno compiuto almeno un anno di servizio nelle Unità dell'Associazione che sono state dislocate tra la linea più avanzata del fuoco di fucileria e quella costituita dalle sedi dei Comandi di Brigata di Fanteria inclusi. Tali Unità possono essere le Sezioni di Sanità, le Ambulanze da Montagna e Sezioni Automobili, i posti chirurgici avanzati ed, eventualmente, gli Ospedali, sia chirurgici che da guerra.

Gli Ufficiali che si trovano nelle suaccennate condizioni debbono rivolgersi al proprio Comitato di iscrizione per la compilazione del prescritto modulo, che sarà poi inoltrato alla competente Autorità Militare per i necessari accertamenti ed i provvedimenti del caso.

3. Il Ministero della Guerra ha già iniziato l'invio dei brevetti e relative medaglie commemorative riguardanti il personale della Croce Rossa al Comitato Centrale, il quale provvede a misura che giungono a trasmetterle ai propri Comitati, affinchè ne curino la consegna agli interessati.

Il Direttore Gen.: Fir.to BADUEL».

La Lega Nazionale fra i Medici della C. R. I., mentre invita tutti gli Ufficiali ad attenersi alle norme soprascritte, è sempre a disposizione di tutto il personale direttivo che desideri ulteriori ragguagli. Il Presidente: Prof. A. CARBONE.

Ostruzionismo nelle prestazioni medico-legali.

«La Federazione Medica», bollettino della Federazione degli Ordini dei Medici, reca:

Poichè la nuova crisi ministeriale aggiorna ancora una volta la approvazione del Disegno di Legge per le nuove tariffe medico-legali, adempiamo al mandato affidatoci dal Congresso, che approvando l'ordine del giorno G. Boschi, deliberò:

«A datare dal 1° marzo 1922, qualora nel frat«tempo non sia avvenuta la promulgazione «della promessa Legge, tutti i Sanitari d'Italia «inizino l'attuazione dell'ostruzionismo alle ope«razioni peritali; e dà mandato alla Presidenza «federale a che invigili che tutti gli Ordini fede«rati ottemperino strettamente a tale deliberato».

A seguito di che la Presidenza federale, udito il parere dei chiarissimi proff. Lorenzo Borri e Giuseppe Moriani, direttori degli Istituti di Medicina legale delle Università di Firenze e Bologna, comunica agli Ordini le seguenti regole per l'applicazione dell'*ostruzionismo*.

Lo spirito dell'ordine del giorno è abbastanza chiaro per richiedere delucidazioni; tuttavia si fa presente agli Ordini e ai Medici tutti che la linea di condotta in esso segnata concerne semplicemente le operazioni periziali di sede penale. Pertanto ogni medico, comprendendo la portata e la finali-

tà dell'ordine del giorno stesso, si comporterà come meglio riterrà opportuno caso per caso. Come norma generale comunque si può rappresentare la seguente, e cioè che con l'ostruzionismo deliberato si vuole non già rifiutarsi perentoriamente ad ogni e qualsiasi richiesta dell'Autorità giudiziaria, bensì semplicemente procrastinare e sospendere i pronunciati tecnici.

Così, per esempio, i medici aderiranno alle richieste di:

Visite di carattere medico-legale - Esame esterno di cadavere - Necroscopie giudiziarie - Sopraluoghi - Citazioni presso magistrati o all'udienza - Visite ed esami di detenuti - Rilascio di referti. Insomma procederanno a tutte quante le operazioni che hanno carattere preliminare ed introduttivo o che sono inderogabili.

L'ostruzionismo dal 1° marzo 1922 si effettuerà con:

a) non ratificare i referti;

b) non emettere giudizi definitivi in merito a qualunque operazione periziale, comprese quelle già elencate al paragrafo precedente;

c) nell'aggiornare *sine die* la consegna delle perizie scritte;

d) nel seguire ugual norma per i giudizi orali chiesti in udienza o nei gabinetti dei magistrati.

Si invitano gli Ordini a dare diretta e precisa comunicazione di questa deliberazione ai sigg. Presidenti degli Ordini degli Avvocati e dei Procuratori, invocando la loro solidarietà collegiale nell'applicazione delle norme stesse.

I proff. Borri e Moriani hanno fatto conoscere già ai loro colleghi di medicina legale delle Università questa nostra protesta.

Gli Ordini dei Medici invigilino sui colleghi perchè queste norme sieno strettamente seguite e denuncino senza riguardo alcuno alla Presidenza federale tutti coloro che mancassero a questo stretto dovere.

Assicurazione malattie.

È stato approvato il seguente ordine del giorno:

«I Medici Infortunisti della Sezione delle Tre Venezie riuniti in Assemblea il 19 febbraio 1922 a Venezia;

riconfermando che l'infortunio sul lavoro rappresenta una figura giuridica a sè e non deve essere confuso, nei riguardi giuridici, con gli altri stati patologici da cause comuni e che quindi l'onere delle assicurazioni di esso deve, anche in regime di assicurazioni malattie, rimanere totalmente a carico del datore di lavoro;

riconoscendo che non può essere ammessa una differenziazione fra le cure praticate negli stessi stati patologici determinati o dalla medesima o da diverse cause, ma in occasioni differenti, unico essendo, in ogni caso, il concetto terapeutico del medico: quello di curare l'individuo, comunque infermo, nel modo migliore, mettendo in pratica i mezzi riconosciuti più efficaci nel periodo storico contingente, allo scopo di ottenere la più sollecita *restitutio ad integrum*, o, quanto meno, di attenuare al massimo, qualora sieno inevitabili, le conseguenze della malattia o della lesione;

riconoscendo nel medico infortunista, più che una capacità specifica a curare l'infortunato, una speciale perizia di valutare, con criteri di equità e di giustizia, le conseguenze dell'infortunio;

fanno voti che, col promulgamento, che si augurano assai prossimo, della assicurazione obbligatoria delle malattie (nella quale dovranno essere conglobati il rischio professionale, qualsiasi invalidità e la vecchiaia), venga affidata con la cura, la tutela del lavoratore, infortunatosi sul lavoro, all'Ente gestore dell'assicurazione, il quale, servendosi dei mezzi a ciò più adatti, avrà il dovere di cercare di ottenere nel miglior modo, come per qualsiasi altro stato patologico dell'assicurato o semplicemente assistito, il miglior esito possibile;

e fanno voti che in regime di assicurazioni malattie sieno dovute al lavoratore in genere, che sia stato riconosciuto economicamente debole, oltre che prestazioni in natura (quali medici, sussidi terapeutici, istituti di cura generici e specializzati), delle prestazioni in danaro per l'inabilità temporanea sotto forma di indennità giornaliera non inferiore al 60 % del suo guadagno giornaliero e prestazioni in denaro per la inabilità permanente sotto forma di una rendita vitalizia mensile od annuale, sempre in relazione al suo guadagno e proporzionata alla effettiva sua diminuita capacità di lavoro, constatabile con frequenti revisioni».

Il segretario: A. DIAN.

Pei Medici di San Fratello.

La Presidenza della «Federazione degli Ordini dei Medici» ha aperto, fra i medici d'Italia, una sottoscrizione in favore dei cinque colleghi di San Fratello, che, nell'orribile disastro che ha distrutto il ridente paese siculo, hanno perduto tutte le loro masserizie, la loro biblioteca, il loro armamentario chirurgico, ecc.

Invitiamo i colleghi tutti a partecipare alla sottoscrizione. Le offerte si raccolgono presso la Federazione (Bologna, piazza Galvani, 1), ovvero presso i singoli Ordini. La Redazione e l'Amministrazione del «Policlinico» si quotano per lire 100.

Negli Ordini dei Medici.

NUOVI CONSIGLI PER IL BIENNIO 1922-23.

Alessandria: Percival Arturo, Novelli Giovanni, Maragnani Leopoldo, Avio Eduardo, Brignone Emiliano, Mortara Marcello, Ferrandi Luigi.

Ancona: Melloni Ugo, Taddei Taddeo, Fuà Riccardo, Ambrosi Lodovico, Salvini Ezio, Ricci Carlo, Guglielmi Achille.

Aquila: Presidente, Cortelli Alberto; vice-presidente, Cipriani Filippo; segretario-tesoriere, Mascitelli Guglielmo; consiglieri: De Paulis Carlo, Ortenzi Giuseppe, Russo Alfonso, Giammaria Francesco (deceduto il 2 febbraio).

Arezzo: Presidente, Gallo Galletti; segretario, Flamma Silvio; tesoriere, Taddei Giovacchino; consiglieri: Castelli Gino, prof. Ficai Giuseppe, Gherardi Francesco, Nucci Enrico.

Ascoli Piceno: Presidente, Passamonti Michele; vice-presidente, Ambrosi Bernardo; segretario, Zannoni Tiberio; tesoriere, Marchesi Francesco;

consiglieri: Fortini Gaetano, Paolucci Lamberto, Prina Giuseppe.

Belluno: Presidente, Bellati Bortolo; segretario, Cristini Ottorino; tesoriere, Franceschini Francesco; consiglieri: Baroni Giuseppe, Ortolani Quintino, Conti Marzio, Bonsembiante Ottorino.

Caltanissetta: Presidente, Ignazio Scarlata; segretario, Antonio Cammarata; tesoriere, Giuseppe Mastrosimone; consiglieri: Paolo Trobia, Angelo Veltri, Ignazio di Giovanni, Salvatore Mancuso.

Chieti: Cipollone Ferdinando, Antonucci Carlo, Florio Alfredo, Galeazzi Cassiodoro, Migliorati Mario, Martone Vincenzo, Croce Guido.

Firenze: Presidente, prof. Giglioli Guido; segretario, prof. Franchetti Umberto; tesoriere, prof. Giuseppe Caccia; consiglieri: Bruscalupi Mario, Ciani Pietro, Fatichi Giuseppe, Piccinini Giovanni.

Genova: Carlo Mario Obarti, prof. Rinaldo Cassanello, prof. Ezio Calcaterra, prof. Vittorio De Cigna, Agostino Molfino, Amedeo Repetto.

Girgenti: Presidente, Vadalà Pietro; segretario, D'Alessandro Domenico; tesoriere, Combatti Lorenzo; consiglieri: Campo Giuseppe, Tuttolomondo Angelo, Adamo Nicolò, Di Leo Francesco.

Grosseto: Presidente, prof. Cignozzi Oreste; segretario, Marzano Pasquale; cassiere, Rovasio Ettore; consiglieri: prof. Memmi Guglielmo, Menoni Carlo, Zeppini Ugolino, Salvestroni Guido.

Mantova: Presidente, Rabitti Augusto; segretari, prof. Visentini Arrigo e Zinelli Giuseppe; tesoriere, Pasquali Marino; consiglieri: Caccia Ugo, Finzi Massimo, Fioretti Arnaldo.

Napoli: Presidente, prof. Enrico Sava; segretario, De Majo Francesco; tesoriere, Di Napoli Luigi; consiglieri: D'Alise Raffaele, Valerio Franri, prof. Visentini Arrigo, Zinelli Giuseppe; tesoriere, Pasquali Marino; consiglieri: Caccia Ugo, Finzi Massimo, Fioretti Arnaldo.

Novara: Presidente, Borella Roberto; segretario, Costa Carlo; tesoriere, Danioni Carlo; consiglieri: prof. Bucci Dante, Provera Cesare, Vacino Achille, Celestino Dosi.

Rovigo: Presidente, Tiengo Giovanni; segretario, Bergamasco Iginio; tesoriere, Gasparetto Innocente; consiglieri: Pavenello Ferruccio, Slaviero Gherardo, prof. Torri Odoacre, Vacca Vittorio.

Salerno: Presidente, Talarico Achille; segretario, Caterina Eugenio; tesoriere, Vitaliano G. B.; consiglieri: Canger Raffaele, Resciniti Silvio, Petti Alfonso, Mari Nicola, Stabile Carmine.

Torino: prof. Uffreduzzi Ottorino, Garosci Nicola, presidente; Mattirolo prof. Gustavo, Tirelli professor Vitige, Molinari Vittorio, consigliere anziano; Rolandi prof. Silvio, tesoriere; Meille Luigi, segretario.

Trapani: Presidente, Pucci Egidio; segretario, Scio Antonio di Eugenio; tesoriere, Napoli Matteo; consiglieri: prof. Baviera Vincenzo, De Sabato Michele, Fici Angelo, Galati Giuseppe.

Treviso: Presidente, Arturo Vascellari; segretario, Schenardi Fausto; tesoriere, Ziliotto Gaetano; consiglieri: Liberali Carlo Alberto, Placeo Carlo, prof. Opocher Enrico, prof. Giovanni Rubinato.

Il segretario dell'Ordine dei Medici di Vicenza è il dott. Egisto Rasia Dal Polo, anzichè il dottor Badile Paolo, che è consigliere.

CONCORSI.

CESA (*Caserta*). — L. 4000, doppio c.-v. Scad. 31 marzo.

CHIANCIANO (*Siena*). — 2 cond.; L. 6500 fino a 500 pov., addizion. L. 1.50, sei quadrienni decimo; doppio c.-v.; mezzo trasp. a carico del Comune; L. 400 uff. san. Scad. 25 mar.

CHIETI. — A tutto 25 marzo, capo della Sezione medico-micrografica del Laboratorio municipale d'igiene. Titoli ed esami. Domande contenenti la indicazione precisa della residenza. L. 9000 e 10 bienni del ventesimo, oltre le indennità tempor. di caro-viv. nella misura, per la durata e con le modalità stabilite nel D. L. 14 sett. 1918, n. 1314 e nel D. R. 3 giugno 1920, n. 73. L'Amministraz. si riserva di designare il luogo dove dovranno farsi gli esami e l'epoca fissata per gli esami stessi. La nomina sarà fatta dal Consiglio comunale in base all'art. 41 del Regolam. 3 febbr. 1901. L'eletto dovrà assumere servizio 15 giorni dopo la partecipazione di nomina ed uniformarsi alle disposizioni delle leggi e dei regolamenti ed al regolamento speciale che sarà compilato dall'Amministrazione comunale, a norma dell'art. 95 del regolamento 19 luglio 1906.

COLLEGNO (*Torino*). — L. 4300; due c.-v.; L. 700 uff. san.; L. 1800 cav.; ambulatorio supplenza lire 1000. Scad. 26 mar.

PIETRABBONDANTE (*Campobasso*). — Cons. con Castelverrino; L. 4000, oltre L. 2000 trasferta, c.-v. Età limite 39. Scad. 15 aprile.

TRIESTE. *Croce Rossa Italiana.* — A tutto 25 marzo è aperto il concorso al posto di medico aiuto presso l'Ospizio marino «Duchessa Elena d'Aosta» in Valdoltra (Trieste), da conferirsi per un biennio, rinnovabile, a partire dal 16 aprile.

Percezioni: vitto, una stanza d'alloggio e mensile di L. 600 il primo anno, di L. 720 il secondo.

Si richiedono due anni di pratica chirurgica in clinica o grande ospedale e certificato di perfetta salute.

Divieto di clientela privata, obbligo di abitare nell'Istituto e di eventuale servizio di guardia.

Domande documentate al Comitato di Croce Rossa, Trieste (via Machiavelli, 28, II), che darà a richiesta ulteriori informazioni.

Medico-chirurgo, trentenne, abruzzese, pratico interinati montagna, cerca buono interinato, salubre, ovunque, possibilmente di lunga durata. Dirigere offerte: dott. Giandomenico Piermarini, medico-chirurgo - Bagni della Porretta per Castel di Casio (Bologna)

Cercasi medico dal Comune di Amaroni (prov. di Catanzaro). Probabilità di rimanervi effettivo. Scrivere al Sindaco.

Diffide.

Revoca di diffide: Bannio-Anzino-Calasca (Novara).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: dott. Guido Liebmann da Trieste, per la grande attività spiegata come strenuo sostenitore dell'italianità delle nostre terre irredente, come studente a Vienna nelle gloriose battaglie per la Università italiana a Trieste, come deputato alla Dieta di Trieste ed infine come medico volontario di guerra nel nostro Esercito; dottor Matteo Napoli da Partanna (Palermo), per speciali meriti a favore dell'igiene e della salute pubblica.

Cavalieri: dott. Carlo Calvanese da Torre del Greco, per l'opera prestata nei centri di raccolta dei prigionieri tubercolotici rimpatriati; dott. C. Materazzi Scavonetta da Carlentini (Siracusa), per la sua disinteressata opera di studioso; dott. Luigi Codurri, capitano medico di complemento, già decorato della Croce al merito di guerra.

Al dott. Guglielmo Oliaro, direttore di «Lotte Sanitarie», condirettore di «Minerva Medica» e direttore dell'Ufficio di propaganda dell'A.N.M.C., è stata conferita la medaglia di bronzo dei benemeriti della salute pubblica, per servizi prestati durante la guerra.

Nella notizia sull'assegnazione del premio Morselli, inserita nel fasc. 9, a p. 310, leggere: dottor Adolfo Massazza.

NOTIZIE DIVERSE.

II Congresso Nazionale per l'igiene della scuola.

Si terrà a Genova dal 9 all'11 aprile c. a.; presidente del Comitato organizzatore è il prof. Mario Ragazzi.

Saranno svolti i seguenti temi:

I. — L'assicurazione obbligatoria contro le malattie e le opere di prevenzione e d'assistenza alla fanciullezza - Relatore prof. A. Graziani.

II. — L'importanza sociale della educazione e dell'assistenza agli anormali psichici - Relatore dott. Albertini.

III. — La generalizzazione e l'organizzazione del servizio igienico-sanitario in tutte le Scuole d'Italia - Relatore prof. M. Ragazzi.

Inviare subito le adesioni accompagnate da cartolina-vaglia di L. 10 al Dott. Ivo Menniti - Ufficio Municipale d'Igiene, Genova - per avere la tessera e le carte per il ribasso ferroviario.

Potranno iscriversi anche i famigliari dei Congressisti pagando la stessa quota di L. 10.

Verrà organizzata anche una mostra illustrativa delle attività igienico-scolastiche e delle opere parascolastiche. Il materiale relativo dovrà essere inviato entro il 20 marzo. Il Comitato organizzatore si riserva ogni diritto d'ammissione, di scelta, di distribuzione ed avverte di prenotare subito lo spazio necessario, essendovi già numerose richieste.

Per lo sviluppo della Idrologia italiana.

La «Associazione Medica Italiana di Idrologia e Climatologia» (Sez. Italia Settentrionale) ha svolto nella sua ultima seduta un duplice ordine di lavori, pratici e scientifici. Erano fra i presenti, oltre il Presidente generale prof. Devoto, l'on. prof. Bussi, venuto appositamente da Roma, il prof. Valenti da Parma, il prof. Roasenda e il dott. Pinali da Torino, il prof. Gavazzoni da Bergamo, il dott. Sardi da Padova, il dott. Oreffice da Venezia, ecc.; di Milano, i proff. Medea, Preti, Valdameri, comm. Bertarelli, dott. Piviani, Bergonzi, cav. Saccani, La Rosa, ecc. Numerose le adesioni pervenute. Presiedeva il prof. Piccinini, assistito dal segretario dott. A. Vinaj.

Con riferimento all'ultimo Congresso nazionale, promosso dalla Associazione a Castellammare di Stabia, ed in rapporto ai concetti generali discussi ed approvati a quel Congresso, si riaffermò un programma multiplo di lavoro sia a favore delle stazioni idroclimatiche dell'Italia Meridionale, come per tutta in generale la idrologia italiana. Si prospettò a tale proposito la opportunità di un prossimo concorso fra i medici italiani, sui temi che riguardino la difesa e la valorizzazione del nostro patrimonio naturale crenoterapico. Nello stesso intento, si approvò il concetto della costituzione di una biblioteca idroclimatologica italiana, che troverà ospitalità nella Clinica del Lavoro.

Importantissime furono le comunicazioni scientifiche; singolarmente interessante, fra esse, quella del prof. A. Valenti, che espose le sue belle «ricerche sperimentali sull'azione delle acque sulfuree sui muscoli lisci».

Il prof. Melocchi comunicò una apprezzatissima nota «sui prodotti del glutine nella alimentazione del diabetico»; il dott. Sardi trattò «del contenuto di Torio e di Mesotorio nei fanghi delle Terme neroniane di Montegrotto».

Il prof. Devoto riferì importanti notizie sulla «Società Internazionale di Idrologia Medica di Londra», alla attività della quale prenderanno parte, al più presto, anche un gruppo di studiosi italiani.

Questioni pratiche di grande attualità furono discusse: quella riguardante la tassa di bollo e beneficenza, che tanto sfavorevolmente grava sugli stabilimenti idroterapici e termali, e che sta per essere razionalmente modificata, per l'interessamento dell'on. Bussi e del Fascio Medico Parlamentare, nonchè della Federazione recente fra gli stabilimenti balneari, ecc., presieduta dal comm. Rebucci. Vennero prospettate inoltre le attuali difficoltà, di indole varia, in cui si dibattono le industrie delle acque minerali nostre, di cui è pressochè impossibilitato il consumo interno nonchè la esportazione. Si votò, altresì, un ordine del giorno che suona viva protesta contro la «tassa di soggiorno», quale è oggi applicata, dopo la illimitata estensione fattane dal Governo; essendo ciò causa di grandi inconvenienti sotto molteplici punti di vista.

Accolse unanime plauso il progetto con precisione esposto dal prof. Devoto, riguardante la Stazione internazionale di Idrologia di Napoli, la quale avrà un'alta funzione scientifica, e la cui fon-

dazione, dopo la formale proposta fattane in Napoli dal prof. Devoto, è auspicata non soltanto da eminenti personalità meridionali, ma accoglie la viva adesione di tutti, in quanto, oltre ad avere carattere altamente scientifico internazionale, la nuova grande istituzione potrà degnamente valorizzare le ricchezze idroclimatologiche di ogni parte d'Italia.

Corso clinico di perfezionamento.

In questo, come nel passato anno, sarà tenuto nell'Istituto di Clinica Medica Generale di Parma, un corso di perfezionamento sulla Clinica delle malattie dell'apparato digerente e renale dai professori: U. Gabbi (Clinica Medica); F. Ravenna (Patologia Medica); F. Camis (Fisiologia); L. Moruzzi (Semeiotica fisica); G. Lorenzani (Chimica clinica); F. Melocchi (Principî generali di Dietetica). Le esercitazioni pratiche saranno fatte dagli Assistenti. Il corso comincerà il 1° aprile e terminerà il 22; sarà inaugurato dal sen. prof. Maragliano con una conferenza sulle nefriti; il sen. prof. Queirolo terrà una conferenza generale sulle malattie dello stomaco, ed una di chiusura sarà fatta sulle moderne vedute sulle malattie del pancreas dal prof. Giuffrè, clinico medico di Palermo.

Le iscrizioni si ricevono dal cav. Anelli, segretario-economo della R. Università. La tassa d'iscrizione è di L. 120 per le lezioni e di L. 150 per le lezioni e le esercitazioni pratiche. La somma raccolta va in parte a beneficio dei laboratorî della Clinica ed in parte a costituire un «Fondo di soccorso per le famiglie bisognose dei malati accolti nella Clinica».

Chiedere la circolare recante notizie sui programmi e sull'orario dei corsi.

Ciclo di lezioni sull'immunità con esercitazioni pratiche.

Dal 19 al 30 aprile prossimo venturo si terrà all'Università di Greifswald dal prof. Friedberger un ciclo di lezioni sull'immunità con particolare riguardo ai metodi di sierodiagnosi (Wassermann, Sachs-Georgi-Meinike) alle applicazioni in medicina legale ed ai metodi di chimica colloidale.

Le iscrizioni si ricevono all'Università di Greifswald.

Per schiarimenti ed informazioni rivolgersi all'Istituto Chemioterapico Italiano, Firenze, via Mannelli, 55.

Conferenza.

Il prof. F. Ghilarducci ha tenuto, nell'Istituto da lui diretto al Policlinico Umberto I di Roma, una conferenza sul tema «Se esista un'attività biologica delle radiazioni specifica per ogni lunghezza d'onda». Premesse alcune nozioni di fisica, egli espose i principî e le esperienze che lo hanno guidato nello studio dell'attività patogena, antibatterica e terapeutica esercitate dalle radiazioni secondarie, ed illustrò l'esposizione con numerose e nitide proiezioni che dimostrano i successi straordinari ottenuti combinando la ionoforesi di metalli pesanti con la roentgenterapia, nel trattamento del lupus, dei cancroidi e dei carcinomi superficiali; rivendicò la priorità delle sue ricerche. Alla conferenza assisteva un denso uditorio di sanitari, tra cui il sen. Sanarelli, il professore Gaglio, il prof. Perez ed altri.

La franchigia postale per la Cassa Nazionale infortuni.

Dal 1° marzo e fino a nuove disposizioni tutti gli operai assicurati, gli industriali, i sanitari e quanti altri enti o persone hanno necessità di corrispondere con la Cassa Nazionale Infortuni debbono tener presente che possono continuare a fruire della franchigia postale per la loro corrispondenza ordinaria e per la emissione dei vaglia di servizio.

Soltanto l'invio di raccomandate, assicurate o espressi deve essere eseguito con affrancatura a spese del mittente.

Il censimento di Parigi.

La classificazione dei bollettini del censo di Parigi dimostra che l'aumento di popolazione verificatosi durante questi ultimi dieci anni si deve esclusivamente agli stranieri, il cui numero è passato da 158,000 nel 1911 a 169,527 nel 1921. La popolazione femminile è molto superiore alla maschile; nel distretto 9 la sproporzione è specialmente marcata: 47,418 maschi contro 65,947 femmine; la differenza tra i due sessi è massima tra le età di 20 e 30 anni.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. **L. Pozzi, ed. resp.**

ANNO XXIX Roma, 27 Marzo 1922 Fasc. 13

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI CLINICHE.

R. Clinica Chirurgica generale dell'Università di Pisa.

Di un ascesso freddo primitivo della lingua.

Lezione clinica del prof. Domenico Taddei, Direttore, tenuta il giorno 14 gennaio 1922.

Il caso, che vi presento oggi, mi sembra di qualche interesse sia per le difficoltà diagnostiche che offre, sia per la relativa rarità dell'affezione, alla quale credo che ci troviamo di fronte, sia per la sua interpretazione patogenetica.

Si tratta di una donna di 52 anni, M. Giulia, cuoca, di Guardistallo (Pisa), coniugata, la quale racconta che da due mesi si è accorta della presenza nello spessore della lingua di un nodulo, che dal volume di una testa di spillo è andato progressivamente crescendo, dolente alla pressione e nei movimenti specialmente durante la masticazione: talora avvertì anche dolori trafittivi piuttosto intensi. In questi ultimi tempi, guardandosi nello specchio, vide che, nella parte centrale sul dorso della lingua, il nodo, che aveva assunto il volume di una grossa nocciuola, presentava un colorito bianco-giallastro.

Circa 15 giorni fa, durante la notte, senza causa apparente, il nodulo si ulcerò ed uscì una discreta quantità di liquido, che la paziente afferma essere stato sangue; non può dire se vi fosse mescolato pus. Il nodulo rimpiccolì discretamente. Persistono i dolori ai movimenti, alla pressione, ai movimenti spontanei (a tipo trafittivo). Mai febbre. Entra in Clinica l'11 gennaio 1922.

Nell'anamnesi remota nessuna malattia di importanza, tranne un flemmone alla mano destra 8 anni fa.

Circa tre mesi or sono la paziente cadde, riportando una forte contusione alla guancia destra (regione zigomatica), a cui seguì una estesa ecchimosi della faccia. Si ebbe un'ecchimosi palpebrale, sicchè per alcuni giorni la paziente fu impedita quasi di aprire la rima oculare. La paziente non sa dire se in occasione di tale caduta si sia ferita la lingua. Non è priva di importanza la notizia che al momento della caduta e della comparsa del nodulo linguale, la paziente assisteva (assistenza che durò circa due mesi) una donna affetta da tubercolosi polmonare.

Il padre morì a 75 anni per polmonite, la madre ha 81 anni e gode buona salute.

È coniugata con uomo sano. Non ha avuto figli. Mestruazioni regolari.

L'esame della paziente fa rilevare: statura bassa, stato generale discreto: colorito delle mucose e della cute pallido: scarso il pannicolo adiposo.

Negativo l'esame del collo, dei polmoni, del ventre, degli arti, dei genitali, del sistema ghiandolare linfatico.

Alla faccia, nella regione zigomatica destra, esiste un ispessimento cutaneo corrispondente alla sede della contusione riportata, mobile sui tessuti sottostanti, indolente. La radiografia fa escludere che vi sia stata una lesione delle ossa della faccia.

Il cuore è voluminoso: esiste un evidente soffio sistolico alla punta in primo tempo.

L'esame della bocca è negativo, tranne per quanto riguarda la lingua. Dentatura in buone condizioni.

Sulla lingua nella sua metà destra, in vicinanza della linea mediana, a poco più di 1 cm. dalla punta, esiste un nodo sferoidale del volume di una nocciuola, che occupa tutto lo spessore della lingua. Esso sporge tanto dalla faccia superiore quanto da quella inferiore. Il limite esterno dista circa 1/2 cm. dal margine laterale destro della lingua. Mentre la mucosa è mobile e normale alla faccia inferiore, essa invece è liscia per un tratto di un centesimo nella porzione centrale della tumefazione più sporgente del dorso. Quivi esiste una zona biancastra, nel cui centro si nota un forellino, nel quale, come vedete, si può introdurre per circa 1/2 cm. uno specillo sottile. Si riconosce così che i margini di questa piccola apertura sono sottili, sottominati. Nessuna secrezione si vede e si può raccogliere.

La tumefazione è dura, fissa nel muscolo; più si fissa quando si fa contrarre la lingua; è leggermente dolente alla pressione: i limiti sono poco netti.

Non esistono gangli apprezzabili al collo. La lingua sporge bene: non è ostacolata la fonazione. La masticazione si compie bene, per quanto la paziente dica che i movimenti della lingua siano dolorosi.

Durante la degenza in Clinica la paziente non ebbe febbre.

Esame delle urine negativo. Negativa la reazione di Wassermann.

Nel caso attuale ho creduto inutile fare la cutireazione, per la nessuna fiducia che l'esperienza mi ha dimostrato doversi dare a questa ricerca nell'adulto.

***

Dai dati anamnestici ed obbiettivi credo che non sia facile stabilire con certezza una diagnosi diretta di natura della tumefazione, che abbiamo in esame. Mi sembra però che sia possibile un diagnostico per esclusione.

Possiamo in primo luogo eliminare con certezza che si tratti di un tumore, non solo maligno (cancro o sarcoma) per l'assenza di tutti i caratteri relativi, ma anche di un tumore benigno: angioma (congenito, riducibile, ecc.), linfoangioma (congenito, molle, diffuso), lipoma (sede alla punta, consistenza, lobulazioni, decorso, colorito giallastro), tumore tiroideo [sede alla base della lingua (dotto tireo-glosso)].

Qualche parola sola merita la diagnosi differenziale col fibroma: A parte la rarità del fibroma della lingua, come del resto degli altri tumori benigni, noi sappiamo che il fibroma ha generalmente sede al dorso, e che non è facile sempre differenziare il fibroma dalle miositi circoscritte; io credo però che si possa escludere nel nostro caso che si tratti di fibroma per la sede intramuscolare invece che sottomucosa, per il decorso non lentissimo, per il dolore, per la fistolizzazione e la presenza nella massa di una piccola cavità.

Meno facile è la differenziazione nel nostro caso da una ciste ulcerata. La ciste dermoide (congenita, mediana), la ciste salivare (sottomucosa con sede ai margini o alla punta) si escludono facilmente: meno agevole è l'eliminare la possibilità di una rara ciste d'echinococco o di un cisticerco: ma lo sviluppo è di queste più lento, l'indolenza è caratteristica, l'ulcerazione è eccezionale e non coi caratteri di quella che abbiamo sott'occhi.

Possiamo eliminare la possibilità nel nostro caso che si tratti di una miosite cronica, esito di una miosite acuta (da corpo estraneo, o da azione meccanica di un dente), per la evoluzione, l'assenza di febbre, per la sede e per l'assenza di dati anamnestici.

Prendendo infine in considerazione le glossiti specifiche mi sembra facile l'eliminazione di una actinomicosi, per la quale mancano i dati anamnestici (puntura vegetale) ed i dati clinici (sede, forma, durezza, caratteri dell'ulcerazione, assenza dei grani gialli caratteristici).

Della sifilide si può escludere con certezza un sifiloma primario, una localizzazione secondaria. Delle forme terziarie non si hanno in questo caso i caratteri di una glossite sclerosa superficiale o profonda. Si tratterebbe se mai di una gomma unica. Noi sappiamo come le gomme linguali siano di solito multiple, con sede per lo più verso la base: l'ulcerazione che presenta questa, non è quella delle gomme: manca ogni traccia di leucoplasia: mancano pure ogni dato anamnestico ed ogni dato obbiettivo all'esame generale: negativa è riuscita la reazione di Wassermann.

Resta quindi, mi sembra, come unica logica ipotesi quella di un ascesso freddo linguale, che si deve ritenere con ogni verosimiglianza primitivo, data l'impossibilità di mettere in evidenza altre localizzazioni tubercolari.

L'evoluzione, i caratteri obbiettivi, la fistolizzazione, i segni dell'orifizio fistoloso, a margini scollati, mi sembrano importanti per tale diagnosi di natura. Suggestivo è anche relativamente alla patogenesi il ricordo anamnestico che questa donna ha assistito fin da prima della comparsa del male una tubercolosa, ed anche suggestiva è la notizia che un mese prima la donna è caduta riportando una contusione grave della faccia e non si può escludere, anche per la sede della tumefazione che in corrispondenza di essa non si sia avuta una lieve lesione linguale per parte degli incisivi omolaterali, solo che si ammetta che la lingua sporgesse lievemente dalle labbra al momento del trauma.

L'ascesso freddo tubercolare primitivo linguale, secondo i trattatisti, è molto raro. Non si può certo dire che sia frequente: ma io stesso ho osservati altri tre casi di ascessi freddi primitivi della lingua. Di questi tre, due sono stati da me estirpati. Studiati istologicamente e batteriologicamente furono illustrati l'uno dal dott. G. Sinibaldi (1), che ne pubblicò insieme un altro caso, pur da me osservato ed operato dal nostro comune maestro, il prof. Burci, l'altro dal dott. G. B. C. Fulle (2).

In questi lavori è anche un'estesa bibliografia sull'argomento.

Orbene se un solo chirurgo ha osservato 4 casi di ascesso freddo tubercolare primitivo della lingua, ciò indica che la rarità di questa forma morbosa non deve essere straordinaria.

Non parlo delle varie localizzazioni tubercolari della lingua diverse dall'ascesso freddo primitivo: ulcerazioni, lupus, infiltrazioni diffuse (tubercoloma) secondarie a tubercolosi polmonare o a lupus facciale. Restando nel campo dell'ascesso freddo primitivo voglio far rilevare solo pochi particolari. Mentre generalmente nei trattati si parla del solo ascesso freddo profondo interstiziale o intramuscolare, come era nel mio caso illustrato da Fulle e come sembra nell'attuale, bisogna ricordare la possibilità dell'ascesso freddo sottomucoso, come era nell'altro mio caso illustrato da Sinibaldi.

Si trattava in questo di una bambina di 5 anni, appartenente a una famiglia di tubercolosi, che presentava nella metà sinistra della lingua a mezzo centimetro dalla linea mediana dorsale e a circa due centimetri dalla punta una tumefazione emisferica, della grandezza di un fagiuolo, di colorito giallastro, rivestita di mucosa liscia, a consistenza tesa elastica, non spostabile, limitata da un cercine duro, poco dolente. Il nodulo estirpato si dimostrò un tipico ascesso freddo tubercolare sottomucoso. La sua patogenesi era evidente ed è importante ricordarla per le analogie col caso attuale. Esso era dovuto ad inoculazione diretta; la bimba era caduta qualche tempo prima mentre aveva in bocca una crosta di pane. Riportò una erosione, che sanguinò per pochi momenti. Il fatto avvenne nella stanza dove era una zia tisica. La madre afferma con sicurezza che la tumefazione si sviluppò nella sede precisa della piccola ferita riportata.

È inutile che vi ricordi dati anatomo-istologici dell'ascesso freddo tubercolare della lingua: basta che accenni come esso iniziatosi nella sottomucosa o nel muscolo, si svolga invadendo gli spazi perimisiali, vada incontro con un decorso abbastanza rapido (ciò forse in rapporto colla grande mobilità dell'organo) alla solita evoluzione: caseificazione, ascesso, ulcerazione: come sia rara o almeno molto tardiva l'adenite regionale. Ricorderò ancora solo che nei pochi casi descritti sembra più frequente negli uomini che nelle donne (nei miei 4 casi, però: tre donne ed un uomo): si osserva quasi sempre in adulti.

Concludendo, io credo di dover fare la *diagnosi* di ascesso freddo tubercolare fistolizzato, primitivo, probabilmente da inoculazione diretta (lesione della lingua avvenuta in seguito a caduta).

Quale è la *prognosi* nel nostro caso? Trattandosi di una forma, apparentemente primitiva, con le necessarie riserve, che si debbono istituire per ogni localizzazione tubercolare, io credo che sia buona, se si pratica la estirpazione completa del focolaio.

Negli altri due casi di mia osservazione tale cura fu seguita da due guarigioni permanenti.

Io credo che non convenga anche nel caso presente perdere il tempo in cure locali conservative (iniezioni jodiche o simili); ma che sia indicata la resezione cuneiforme della lingua con estirpazione larga della tumefazione. Ed è ciò che vado senz'altro ad eseguire nella nostra ammalata.

Epicrisi. — Il giorno 14 gennaio 1922, in morfi-eteronarcosi superficiale, ho praticato l'escisione cuneiforme della lingua, con base al margine esterno ed apice al rafe linguale. Su-

---

(1) *L'ascesso tubercolare della lingua.* Il Tommasi, anno III, n. 10, 1908.

(2) *Su di un caso di ascesso tubercolare della lingua.* Riforma Medica, anno XXX, 1914, numero 15.

tura. Il decorso fu normalissimo. La guarigione si compì per prima intenzione. Dopo 9 giorni, e cioè il 23 gennaio 1922, la paziente uscì dalla Clinica guarita, senza alcuna alterazione nella funzione linguale (fonazione, masticazione). Anche la forma della lingua appariva minimamente alterata. L'esame anatomo-patologico ed istologico del pezzo estirpato dimostrò che si trattava di un evidente ascesso tubercolare, del quale mi pare inutile riferire i particolari, non presentando esso caratteri diversi da quelli ben noti.

Una cavia, alla quale fu inoculato nel peritoneo, immediatamente dopo l'intervento, un pezzetto di parete ascessuale, morì dopo soli 15 giorni con una tubercolosi miliarica, specialmente evidente nella milza e nel fegato.

L'esame istologico di questi organi dimostrò che si trattava di tubercolosi (1).

(1) Agli studenti, di cui un discreto numero assiste all'intervento, furono mostrati, insieme alla malata guarita, il pezzo estirpato ed i relativi preparati istologici, la milza ed il fegato della cavia inoculata.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI UNITI DI CITTÀ DI CASTELLO
Reparto Chirurgico, diretto dal prof. COCCI.

Contributo allo studio dell'influenza della gestazione sulle cisti ovariche.

Dott. LAURO CANTALAMESSA-CARBONI.

Un quesito non risolto concordemente dai ginecologi è quello della influenza che la gravidanza possa esercitare sulle cisti ovariche.

Pozzi dice: « Si ammette generalmente che le cisti dell'ovaio subiscano un aumento di volume nel corso della gravidanza. Questo accrescimento è frequente, e può essere considerevole, come nel caso di Péan (*Gazette Médicale de Paris*, 1880, p. 269), di Koeberlé (*Dictionnaire Jaccoud*, t. XXV, p. 539). Audebert (*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Paed*, 10 oct. 1904) ha veduto una cisti, grande come una noce al momento della concezione raggiungere al settimo mese di gravidanza 35 cm. di altezza, su una larghezza di 27. In altri casi i tumori restano press'a poco stazionari.

Bisogna sapere anche che l'aumento di volume può essere più apparente che reale, la cisti, trovandosi a volte ricacciata in avanti dall'utero che si sviluppa ».

Löhlein non avrebbe mai osservato aumento di volume d'una cisti dell'ovaio durante la gravidanza. Spencer Wells pensa perfino che la gravidanza eserciti una influenza inibitrice sulle cisti ovariche.

Labadie-Lagrave e Legueu se la sbrigano in poche parole, dicendo che: « L'accrescimento rapido del tumore ovarico nel corso della gravidanza è stato osservato da Péan, Koeberlé, Olshausen, Lücke, e sembra secondo Wernich, che la gravidanza favorisca o attivi la trasformazione maligna del tumore.

Vignes in un recente lavoro afferma che « nel corso della gestazione si osservano qualche volta degli aumenti di volume del tumore. Qualche volta, ma raramente. Avviene eccezionalmente che questi aumenti di volume sieno rapidi e considerevoli ».

Di parere assolutamente contrario sono Pestalozza e Guzzoni degli Ancarani. Parlando delle cisti ovariche, scrivono: « Quanto all'aumento rapido di volume, non pare affatto dimostrato che la gravidanza eserciti una influenza acceleratrice sulla neoproduzione degli elementi istologici del tumore. Una assimilazione con ciò che si osserva pei fibromi uterini nel corso della gravidanza, già *a priori* non è ammissibile; mentre gli elementi istologici del fibroma partecipano quasi necessariamente alla ipertrofia e iperplasia della muscolatura uterina, il tessuto ovarico se si eccettua la produzione lutea, piuttosto che in istato di esagerata attività formativa, pare dalla gravidanza venga messo, all'opposto, in uno stato di riposo, come lo prova il consueto arrestarsi dei processi di maturazione dei follicoli.

Questo aumento rapido del tumore in gravidanza era bensì stato affermato da Jetter e ammesso da Spiegelberg, da Acconci ed altri, ma venne negato in base ad attente osservazioni da Löhlein. Nyström su 144 gravidanze complicate da tumori, « vide una sola volta un palese aumento durante la gravidanza ». Detto ciò, gli AA. spiegano diffusamente che l'aumento qualche rara volta constatato dipende verosimilmente non soltanto da una produzione aumentata dei suoi elementi costitutivi, ma, in massima parte dall'aumento del contenuto liquido, il quale è dovuto a torsioni del peduncolo (più facili in gravidanza), oppure a necrosi parziali della parete, che dànno emorragia endocistica: cioè l'aumento dipenderebbe da modificazioni di indole regressiva.

Gli stessi autori ammettono però che i tumori ovarici *maligni* possono andar soggetti ad un effettivo impulso neoformativo durante la gestazione.

Anche Jones in una monografia sulle cisti ovariche accenna che esse hanno tendenza ad

aumentare per fatti di torsione sul peduncolo, e conseguenti emorragie endocistiche, e che tali complicazioni sopravvengono particolarmente spesso in gravidanza e puerperio; senza che mostri di aver notato in tali periodi un vero aumento del tumore.

Mi sembra ozioso continuare nelle citazioni: da quanto si vede nei frammenti riportati, alcuni autori, Nyström, Löhlein, Pestalozza e Guzzoni, ecc., in seguito a pazienti ed abbondanti ricerche su donne gravide portatrici di cisti ovariche, credono di poter negare ogni influenza della gravidanza sulla cisti, e tale parere viene corroborato da ragioni teoriche; altri tale influenza ammettono, ma con cautela, quasi con esitazione: infatti Pozzi, dopo averla ammessa abbastanza esplicitamente, avverte che qualche volta ci può essere illusione, prodotta dalla estrinsecazione della cisti, a mezzo dell'utero in via di accrescimento. Labadie-Lagrave e Legueu la ammettono, ma citano appena 4 casi in sostegno della loro conclusione. Vignes pure ammette che si eserciti la detta influenza, ma soggiunge: « qualche volta, ma raramente: e avviene eccezionalmente che questi aumenti di volume sieno rapidi e considerevoli ».

Avendo avuto occasione di osservare un caso in cui la questione dello sviluppo delle cisti ovariche in gravidanza non poteva non essere posta, ho voluto pubblicarlo, perchè se l'osservazione di un solo caso nuovo non può avere un gran peso nell'argomento, spero tuttavia che sia per essere un contributo, per quanto modesto, non inutile allo studio della questione: poichè si tratta di un esempio assai dimostrativo di una eventualità — a quanto si desume dalla letteratura — assai rara.

T. L., di anni 26, campagnola, da Città di Castello (Frazione di San Secondo). Entra all'ospedale l'11 giugno 1920 con diagnosi di hydramnios.

Nulla nel gentilizio.

Malattie precedenti: tifo a 10 anni, poi null'altro degno di nota fino al 16° anno, in cui soffrì di anemia. Prima mestruazione a 14 anni, successive regolari per ritmo e quantità (salvo nel sedicesimo anno, in cui furono scarse) non dolorose. Sposa a 26 anni con coniuge sano. È attualmente primigravida, nel corso dell'ottavo mese. Informa che nello scorso novembre (poche settimane dopo il matrimonio) mancò la mestruazione, e subito dopo la donna notò un aumento di volume del ventre sproporzionato all'epoca della gravidanza: tale aumento di volume andò progressivamente crescendo, fino a raggiungere proporzioni enormi. Durante tutto questo tempo la paziente non ha mai avuto dolori, mai conati di vomito, mai disturbi della defecazione e della minzione: solo soffriva per senso crescente di peso, di distensione e per dispnea.

All'esame obbiettivo, si riscontra l'addome globoso, sovradisteso, uniformemente ottuso alla percussione su quasi tutta la sua estensione (salvo una striscia chiara da un ipocondrio all'altro): fluttuazione dubbia: al limite superiore dell'ottusità si palpa un margine rotondo, a convessità verso l'alto, che fa riconoscere essere l'addome occupato da una grossa tumefazione, che si crede di identificare coll'utero: l'esplorazione vaginale dà il reperto comune di una gravidanza avanzata: non si riesce a percepire il battito fetale. Nulla di anormale all'esame dei vari organi od apparati, urine normali.

Confermata la diagnosi di hydramnios, si decise di astenersi da ogni intervento, finchè questo non si dimostrasse urgente. Il 17 giugno, dopo sei giorni di degenza, la donna, non soddisfatta del trattamento aspettante, volle tornare a casa.

Ma il 26 luglio viene ricoverata in ospedale nuovamente, riferendo che fino a due giorni prima il volume dell'addome era andato sempre crescendo, con costante aumento delle sofferenze della paziente: il 24 luglio, appunto al termine approssimativo dei nove mesi, si era espletato senza incidenti e senza fuoriuscita di acque abbondanti il parto spontaneo di un bambino normale; ma verificatosi lo sgravo, il volume dell'addome non era diminuito che pochissimo, era mancato completamente il sollievo che la donna sperava: delusa, perciò, e spaventata, ricorreva nuovamente all'opera sanitaria.

Obbiettivamente, l'addome si presentava ancor più voluminoso che nella precedente degenza: enorme, globoso, prominente sopratutto verso la linea mediana: reticolo venoso molto sviluppato, specie sui fianchi. Sembra di percepire sull'addome il fiotto, però il fenomeno non è netto.

La percussione dà ottusità su tutto l'addome, salvo una ristretta zona di suono timpanico alla regione epigastrica; non è possibile determinare se il limite superiore dell'ottusità sia concavo o convesso, come pure è impossibile rendersi conto della eventuale mobilità della ottusità. La donna è estremamente agitata, dispnoica.

Poichè avevo veduto poche settimane prima il caso di una donna, in cui, durante una gravidanza, succeduta a lunga sterilità, si era iniziata, e poi rapidamente sviluppata una peritonite tubercolare con abbondantissimo versamento, pensai che anche nel caso attuale l'ipotesi più ragionevole fosse quella di una peritonite specifica, sviluppatasi in gravidanza. La paziente affermava, è vero, di non aver avuto mai elevazioni termiche: ma poichè non aveva mai usato il termometro, e si sa quanto facilmente la febbre passi inosservata ad alcuni pazienti, ritenni probabile la diagnosi sopra enunciata, eliminando l'ascite neoplastica per l'assenza di dolori, salvo quelli di distensione negli ultimi tempi, e per uno stato generale, malgrado tutto abbastanza buono, e il cistoma ovarico per l'eccessivo volume che l'addome aveva assunto in troppo breve tempo, il che mi sembrava contraddire alla ipotesi di cistoma.

Ma la paracentesi, che dovetti praticare come provvedimento d'urgenza, per dare sollie-

vo alla grave dispnea della paziente, mi illuminò sulla natura della malattia: fatta sulla linea mediana, poco al di sotto del punto intermedio fra l'ombelico e il pube dà esito a sei litri di liquido denso, a volte color cioccolata, a volte nerastro, del colore del sangue coagulato: la massima parte del liquido, però, è del color del miele, filante come muco o albume d'uovo: tali diversi aspetti del liquido appaiono l'uno dopo l'altro dalla stessa puntura. Dopo la paracentesi, l'addome non era che poco diminuito di volume.

Non si trattava dunque di processo peritoneale ma evidentemente di cistoma ovarico: l'aspetto del liquido estratto era patagnomonico, e le varie colorazioni si spiegano colle varie concamerazioni del cistoma, alcune delle quali avevano avuto, in tempi diversi, effusioni di sangue nella cavità: dovevo arrendemi alla diagnosi che, presentatasi da principio, in contrasto con quella di peritonite tubercolare, avevo scartata.

Fu deciso pertanto l'intervento chirurgico.

1ª Operazione: (il 9 agosto): incidendo sulla linea mediana, si trova il tumore saldamente adeso al peritoneo parietale: la donna non sembra in condizioni di sopportare un intervento lungo e traumatizzante: si incide perciò per alcuni centimetri la parete del cistoma, e si evacuano, a scopo palliativo, circa quattro litri di liquido simile a quello estratto colla paracentesi. Si riconosce che nell'interno del cistoma non esistono grandi cavità: le più grandi sono come arancio, e le varie cavità non sempre comunicano fra di loro: quando la comunicazione esiste, è ristretta, tanto che il liquido — come già nella paracentesi — non fuoriesce spontaneamente dalla incisione, ma deve essere sollecitato dalla pressione laterale, e il dito dell'operatore deve lacerare dei tramezzi, di consistenza poco più che gelatinosa.

Il 6 settembre, risollevate discretamente le condizioni generali della paziente, si procede alla 2ª operazione: condotta una incisione longitudinale un poco a sinistra della precedente, e più lunga di questa, si riconosce che il tumore è aderente solo per breve tratto alla parete addominale, circa per quindici centimetri di lunghezza e forse dieci di larghezza: e appunto in corrispondenza della zona aderente era capitato il primo taglio. Benchè il cistoma, prima di essere estratto dalla cavità addominale, fosse parzialmente svuotato, fu cosa abbastanza indaginosa all'operatore (prof. Cocci) di sgusciarlo fuori intero distaccandolo dalla parete addominale, e dal fondo del bacino, ove aveva preso aderenze lasse col retto e la vescica. Il cistoma proveniva dall'ovaio destro, il sinistro era macroscopicamente normale. Non esisteva liquido nella cavità peritoneale. All'esame del pezzo: tumore di color bianco-bluastro con vasi visibili alla superficie; superficie esterna liscia, brillante, fuorchè nelle zone corrispondenti alle aderenze. Nell'interno, una quantità grandissima di sepimenti formano una serie innumerevole di cavità di volume diversissimo: da una testa di feto ad una noce; quasi tutte le cavità contengono liquido denso, filante, giallognolo; solo alcune dànno liquido bruno, ugualmente denso e filante. Nessuna vegetazione sia all'esterno che nell'interno del tumore.

Decorso postoperatorio ottimo, la donna è dimessa guarita dopo dodici giorni. Stato successivo eccellente, la ripresa delle forze è stata rapida e completa, la donna ha ricominciato fin dall'ottobre del '20 a lavorare in campagna, ed oggi, a 17 mesi dall'intervento, gode ottima salute.

***

Non ho bisogno, credo, di spendere molte parole per giustificare la errata diagnosi di hydramnios: in presenza di una tumefazione così grande, manifestatasi esclusivamente e in modo progressivo durante il corso della gestazione, fino ad occupare tutta la cavità addominale, tumefazione che nascondeva l'utero, col quale sembrava formare una massa sola, in una donna la cui anamnesi ginecologica era completamente negativa, chi non avrebbe giudicato trattarsi di hydramnios? Pinard, Vignes ed altri richiamano l'attenzione sulla possibilità di un simile scambio diagnostico: difficilmente esso era evitabile nel caso presente, in cui le cause di tale errore erano, se così posso dire, portate all'estremo.

Negare che il cistoma della nostra paziente abbia subito, durante la gravidanza, uno sviluppo addirittura straordinario, è impossibile: bisognerebbe ammettere, in caso contrario, che un grosso cistoma misconosciuto, ignorato dalla donna, preesistesse alla gravidanza: ma se può passare inosservata alla portatrice una cisti grande come un uovo o poco più, difficilmente può credersi che non abbia mai dato alcun disturbo una cisti grossa, per esempio, come una testa di adulto. La donna avrebbe dovuto avere qualche stiramento, qualche dolore, qualche disordine mestruale (amenorrea o menorragia), qualche disturbo riflesso, mentre nega qualsiasi disturbo precedente al concepimento, come pure nega che l'addome fosse aumentato di volume. Ma poi, se anche concediamo che un cistoma abbastanza grosso, come una testa di adulto, potesse — cosa incredibile — non dare alcun segno di sè, e sfuggire alla vista dei famigliari ed alla palpazione della paziente stessa, lo sviluppo enorme del tumore durante la gravidanza non resterebbe perciò meno certo: ricordiamo che il volume del cistoma era tale, che dopo estratti sei litri di liquido colla paracentesi, la diminuzione di volume dell'addome era appena sensibile!

In questo caso è perfettamente inutile far notare come non possa trattarsi di uno di quei casi cui accenna Pozzi, in cui l'aumento di volume è apparente, ed è simulato dalla spinta in avanti della cisti, data dall'utero

che si sviluppa. Ma non può trattarsi nemmeno di quei casi di cui parlano Pestalozza e Guzzoni, di aumento di volume soltanto per torsione di peduncolo, ed emorragie endocistiche, dovute alla torsione stessa oppure a necrosi parziale della parete. Di torsione non si trovò alcuna traccia all'atto operativo, ma sopratutto non c'era mai stato nessun fenomeno che potesse farlo sospettare. La torsione completa del peduncolo della cisti è affezione grave, la cui sintomatologia clamorosa impone la laparotomia d'urgenza; ed anche nelle torsioni incomplete si hanno dolori penosi, vomito, e di tuttociò nessuna traccia nella storia della paziente.

Emorragie endocistiche di lieve entità ve ne furono certamente come prova il reperto operatorio: ma non in proporzione tale da spiegare l'aumento, rapido ma regolarmente progressivo, e non repentino del nostro cistoma. Del resto, prescindendo dal risultato della biopsia, una emorragia o una serie di emorragie nel cistoma non può mai farlo aumentare fino al volume sopra descritto, perchè una perdita di sangue di parecchi litri in breve tempo non sarebbe compatibile con un buono stato generale, e forse colla vita. Dunque aumento cospicuo del cistoma in gravidanza vi fu: questo è una fatto acquisito, sul quale non si può muovere dubbio. Ma fu esso dipendente dalla gravidanza? La prova non può darsi, ma la coincidenza fra i due fenomeni è così evidente, che è impossibile non pensare ad un legame di causa ed effetto.

Che la gravidanza possa stimolare, rendere tumultuoso lo sviluppo dei tumori *maligni* ovarici, è accettato dai ginecologi, senza dissenso: non ripugna dunque che lo stesso fenomeno possa avvenire a volte nei cistomi tumori «benigni» nei quali però tuttavia uno strato epiteliale, costante nella sua esistenza, formato di cellule mucose, tappezza la faccia interna; strato epiteliale la cui constatazione ha fatto cadere l'antica teoria della idropisia follicolare, e mostrato il compito preponderante del tessuto epiteliale. Anche i cistomi sono pertanto neoformazioni epiteliali, epiteliomi cistici (cisto-epiteliomi di Quénu, epiteliomi mucoidi di Malassez): non è grande il passo, di ammettere che anche a tumori in tal modo costituiti si possa estendere la cognizione già universalmente accettata per i tumori maligni, che la gravidanza ne provochi uno sviluppo accelerato.

Che poi il nostro tumore, per quanto readesse grave lo stato della paziente, e ne minacciasse la vita, non fosse un tumore maligno, è chiaro: La donna non ha nessuna traccia di recidiva o di metastasi 17 mesi dopo l'operazione: questo argomento non è decisivo, ma ha il suo valore se unito all'aspetto del tumore ed al reperto addominale: infatti l'aspetto che ho descritto è quello tipico del cistoma mucoide, e non somiglia a quello di nessun tumore ovarico istologicamente maligno: e se maligno fosse stato, ben altre aderenze che non quelle rilevate avremmo trovato, dato il volume che il tumore aveva raggiunto: e per lo stesso motivo non sarebbero mancati gli innesti e le metastasi, e una precoce ascite.

Concludo perciò che l'accrescimento dei cistomi ovarici in gravidanza, se non rappresenta certo la regola, come provano i lavori di Nyström, di Löhlein e di altri, a volte si verifica in modo innegabile, e non solo l'accrescimento può essere rapido, ma rapidissimo, e non solo considerevole ma addirittura enorme, come nel caso riferito.

Perchè, poi, la gravidanza produca solo qualche volta sui cistomi un così potente stimolo formativo, e per lo più li lascia stazionari, è completamente oscuro finora.

BIBLIOGRAFIA.

1. ACCONCI. *Dei Cistomi ovarici in rapporto colle funzioni generative.* Gazzetta Medica Lombarda, 1899.
2. DANIEL. *Étude sur les hémorrhagies des grands kystes de l'ovaire sans torsion du pédicule.* Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1905, IX, 3.
3. JETTER. *Ueber den Einfluss der Eierstockgeschwülste auf die Conception, Schwangerhaft, Geburt und Wochenbett.* Dissertation, Tübingen, 1861.
4. JONES. *Ätiologie, Pathologie und Therapie der Ovarialcysten mit Berücksichtigung der Schwangerhaft und besonders der Blutungen in die Cysten.* Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1912, XVI, 1: ref. in Zentralblatt für Gynäkologie, 1913, pag. 979.
5. LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. *Traité Médico-chirurgical de Gynécologie.* Paris, Alcan, 1914.
6. LÖHLEIN. *Ovarialtumoren und Ovariotomie in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.* Gynäkologische Tagesfragen, IV.
7. NYSTRÖM. *Die Neubildungen der Eierstöcke in ihrem Beziehungen zu den Lebensäusserungen der Generations organe.* Mitteilungen aus der Klinik von Engström, Bd. VIII, H. 3.
8. PESTALOZZA e GUZZONI DEGLI ANCARANI. *Trattato di Ostetricia e Ginecologia di Cuzzi, Guzzoni, Pestalozza, Mangiagalli.* Milano, Vallardi, Vol. «Patologia Ostetrica».
9. POZZI. *Traité de Gynécologie.* Paris, Masson, 1907, vol. II.
10. QUÉNU. *Anathomie patologique des kystes non dermoides de l'ovaire.* Thèse de Paris, 1881.
11. SPIEGELBERG. *Lehrbuch der Geburtshülfe,* 1878.
12. TARDIF. *Des complications des kystes de*

l'ovaire pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1905-906.

13. VIGNES. *Des kystes de l'ovaire compliquant la gestation, l'accouchement et les suites des couches.* Journal des Praticiens, 1921, n. 22.

NOTE PREVENTIVE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DIMOSTR. DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA
diretto dal prof. P. E. LIVIERATO.

L'azione del vescicante sulla circolazione polmonare.

Prof. C. FARMACHIDIS - Dott. L. GROSSI.

Delle antiche numerose applicazioni terapeutiche delle cantaridi, oggidì resta ancora di uso comune l'empiastro cantaridato officinale o vescicatorio.

I testi di farmacologia e di clinica circoscrivono ormai la sua applicazione al trattamento delle nevralgie, delle affezioni polmonari acute e delle pleuriti. Ed anche in questo limitato numero di indicazioni, il disaccordo è notevole e prevalgono coloro che ritengono l'uso del vescicante, non soltanto di inutilità assoluta, ma benanche dannoso. Alcuni anzi (fatto interessante per lo studio che ci siamo prefisso nelle ricerche da noi istituite), addebitano all'empiastro cantaridato la provocazione delle lesioni stesse che la pratica ritiene risolvere.

Laennec sostiene che il vescicante provoca una congestione polmonare. Galippe giunge, dopo esperienze, ad analoga conclusione. Gaston Lyon, G. See, Rist, Ribadeau-Dumas, proscrivono senz'altro l'uso del vescicante, uso più dannoso che utile, causa di frequenti nefriti, antraci, ecc. e che mette sempre un ostacolo ad un accurato esame dell'ammalato per la piaga che ne residua. Hirtz subordina l'uso del vescicante ad un accurato esame della funzionalità renale.

Nelle ricerche da noi istituite abbiamo voluto constatare direttamente l'influenza che il vescicante cantaridato esercita sulla circolazione polmonare. A ciò fare ci siamo valsi dell'esperimento seguente operando sui cani.

Si radeva accuratamente all'animale l'emitorace destro nella sua parte superiore e laterale dalla seconda alla settima costa avendo la precauzione di non ledere la cute. Vi si applicava un vescicante della superficie di centimetri 10 × 10 e lo si fissava con una fascia in modo tale che all'animale fosse impossibile strapparlo od asportarlo.

Dopo 18 ore circa dall'applicazione del vescicante, previa cloronarcosi dell'animale, si faceva una incisione lungo la linea mediana dello sterno fino all'osso, e con altre due incisioni parallele fra di loro e perpendicolari alla prima, tanto a destra che a sinistra, comprendenti cute, sottocutaneo e muscoli delle pareti, veniva messa a nudo, dalla seconda alla settima costa, la parte esterna della gabbia toracica. La regione corrispondente alla applicazione del vescicante si presentava molto turgida, edematosa, e l'incisione delle parti molli dava esito ad abbondante liquido sieroso.

Si resecavano quindi rapidamente le coste lungo le linee ascellari anteriori, si incideva il diaframma lungo la sua inserzione anteriore e, sollevando tutta la parete toracica compresa fra le incisioni, si mettevano allo scoperto tutti gli organi contenuti nella cavità.

In tal modo si poteva osservare il colorito dei polmoni prima ancora che in questi, a nostro parere, avessero potuto verificarsi delle modificazioni circolatorie esclusivamente riportabili all'atto operatorio.

Nelle esperienze da noi fatte, usando la tecnica suddescritta, i polmoni si presentavano di colorito roseo leggermente intenso; ciò starebbe a dimostrare che l'applicazione del vescicante nessuna profonda modificazione apporta alla circolazione polmonare, all'infuori, se vogliamo, di una leggera azione congestionante. Questa si dimostra invece intensissima a carico dei reni, i quali, come abbiamo potuto constatare nelle nostre esperienze, si presentano di colorito rosso scuro intenso e probabilmente in preda ad un processo infiammatorio. Dovremmo quindi dire, in base a quanto abbiamo potuto osservare, nelle nostre esperienze, che la applicazione del vescicante, mentre non apporta modificazioni apprezzabili alla circolazione polmonare, dalle quali poter trarre sicuri vantaggi terapeutici, provoca in modo indubbio una congestione renale certamente dannosa che esige, nella applicazione di tale mezzo terapeutico, la massima prudenza.

Ci riserviamo di ritornare sull'argomento con altra serie di ricerche già in corso e con procedimento diverso da quello usato nelle esperienze suddescritte.

BIBLIOGRAFIA.

G. LYON. *Traité élémentaire de Clinique Thérapeutique.* (Masson éd., Paris, 1911).

G. SÉE. *Maladies Simples du poumon.* (Traité élémentaire de Clinique Thérapeutique. Gaston, Lyon).

G. GAGLIO. *Trattato di Farmacologia e Terapia.* (Soc. Ed. Libraria, Milano, 1915).

R. KOBERT. *Compendio di tossicologia pratica.* (Soc. Ed. Libraria, Milano, 1915).

CH. VIBERT. *Précis de Toxicologie.* (Baillière et fils éd., Paris, 1915).

IGIENE.

Le minacce della peste.

I casi di Parigi.

La peste, endemica nei paesi orientali, compare di tanto in tanto in Europa sotto forma di casi isolati o di piccole epidemie affatto limitate; queste e quelli si verificano di solito nelle città marittime, dove, malgrado la stretta vigilanza, qualche topo pestoso importato sulle navi può diffondere il contagio. Più raramente tali casi si manifestano nelle città dell'interno in cui i contatti con i paesi infettati sono meno diretti; ciò può accadere specialmente in grandi città, che hanno tutte qualche quartiere in cui la gente più sordida vive agglomerata in uno stato di deplorevole sudiciume. Ciò si è appunto verificato a Parigi, che ha avuto due piccole epidemie, nel 1920 e 1921.

Il primo caso, diagnosticato nel 1920, si riferisce ad una bambina di 11 anni, in cui la rigidità della nuca, il segno di Kernig, lo stato cerebrale davano l'impressione di meningite: la forma tubercolare però veniva presumibilmente esclusa per l'integrità dei movimenti oculari e pupillari, per l'alta temperatura (40°), la frequenza e regolarità del polso, mentre l'esame negativo del *liquor* faceva escludere la meningite cerebro-spinale. La bambina aveva alternative di delirio violento e di apatia, bruschi fenomeni vasomotorii, e presentava adeniti cervicale e mascellare assai dolorose. Pensando allora ad una setticemia, la sig.na Pfeffel praticò l'emocoltura e l'esame della sierosità estratta per puntura dell'adenite; ottenne con entrambi gli esami un bacillo, che le ricerche successive dimostrarono essere quello pestoso. Tale reperto condusse alla scoperta di altri casi: adeniti e setticemie che si erano svolte in modo abbastanza strano nello stesso ospedale, ed anche in altri, vennero riconosciute di natura pestosa; nei sopraluoghi fatti nelle località abitate dagli infermi, si rinvennero altri casi ambulatorii, e nuovi individui colpiti da peste si ebbero di quando in quando sino al mese di ottobre in cui la piccola epidemia si spense. Si trattò sempre di peste bubbonica e, solo in un caso, di carboncello pestoso.

Tutti, o quasi, i colpiti provenivano da comuni parigini vicini fra loro, situati sulle rive della Senna o sui canali derivati; in gran parte dalla così detta città dei cenciaiuoli. In tali località le strade ed i cortili sono pieni di cenci, di cartaccia, di ossa: vi si trovano mucchi di immondizie d'ogni sorta e, qua e là, anche cadaveri di ratti. La popolazione vive addensata, fino a 5-6 persone per ambiente, in pessime condizioni igieniche; su tutti gli abitanti son state riscontrate, nella visita, abbondantissime punture di pulci.

Nella storia della epidemia parigina del 1920 sono emersi fatti epidemiologici di una certa importanza: 1) il pericolo di vegliare i morti di peste; oltre 10 casi hanno contratto la malattia da tali condizioni, ignorando naturalmente che il morto vegliato fosse un pestoso; 2) il pericolo che può rappresentare la caccia ai ratti: in più di una caso, di fatto, i primi sintomi dell'infezione pestosa si sono presentati 4-5 giorni dopo la caccia al ratto.

Quest'ultimo fatto consiglia di evitare, nelle misure contro la peste, l'errore della caccia ai ratti in piena epidemia, errore in cui si è caduti anche a Parigi e che è stato giustamente deplorato; la caccia ai ratti deve essere una misura preventiva, mentre durante l'epidemia la distruzione di tali animali va fatta con l'opera di squadre specializzate e per mezzo di gas tossici (anidride solforosa, acido cianidrico, cloropicrina) che uccidano contemporaneamente anche i loro parassiti.

L'epidemia del 1920 aveva avuto un totale di 91 casi con 34 morti: un numero assai minore si ebbe invece nel 1921; il primo caso era stato inviato d'urgenza all'ospedale con diagnosi di ernia strozzata; l'inizio improvviso con intenso malessere, vomiti, dolore all'anguine sinistro, la persistenza di una costipazione assoluta ed una tumefazione inguinale arrossata avevano fatto fare tale diagnosi al primo medico: all'ospedale si riconobbe trattarsi di setticemia pestosa, confermata dalle ricerche di laboratorio. Complessivamente nel 1921 si ebbero 10 casi con 5 morti: molti fra i colpiti erano stati in contatto con ratti.

A questi casi va aggiunta l'osservazione della Pfeffel, capo di laboratorio all'ospedale Bretonneau, più sopra citata, la quale nel 1917 aveva isolato da un'adenite svoltasi con gravi fenomeni nervosi ed infettivi, un germe, che può ritenersi come un bacillo pestoso attenuato.

Se anche si vuole considerare tale caso come dubbio, resta importante l'osservazione di due piccole epidemie di peste a Parigi, in località, che non si trova a diretto contatto con paesi dove la peste è endemica; il verificarsi della seconda epidemia indica che probabilmente il contagio è rimasto (in forme di epizoozia fra i ratti) per svilupparsi poi fra l'uomo nella stagione favorevole. Tenuto però conto, che i casi di peste si sono sviluppati nei quar-

tieri più sudici e che, nonostante questo e malgrado siano passati inosservati per molto tempo, si è avuto un numero totale piccolissimo, bisogna ritenere che qualche causa (sia l'attenuazione del *virus*, la minore suscettibilità degli individui od altro) influisca per prevenire la diffusione delle epidemie; nè del resto l'esempio di Parigi è unico per dimostrare il difficile attecchimento attuale della peste fra noi. Su di questo però non possiamo fare affidamento, tanto più che, modificandosi in qualche modo le condizioni create dallo stato di attuale civiltà, potremmo avere un ritorno inaspettato di epidemie: la ricomparsa della gangrena gassosa e del tifo esantematico, che si credevano passati alla storia, ce lo dimostra. La minaccia della peste incombe quindi sempre, ed è dunque necessaria una perfetta vigilanza, specialmente nei paesi più esposti, quali sono i porti e le grandi città. I pubblici poteri hanno tutto organizzato per una efficace difesa; spetta però al medico pratico un compito importantissimo, quale è quello di segnalare il primo caso, dopo il quale tutto diventa più agevole e chiaro: compito non facile, poichè esige una abilità discriminativa, che deve rifuggire dalla faciloneria di vedere dovunque casi sospetti, senza però lasciarsi sfuggire le forme attenuate e fruste, che possono diventare, dal punto di vista epidemiologico, le più pericolose.

A. FILIPPINI.

MALATTIE NUOVE.

Sull'emocromatosi.

L'argomento fu discusso alla « British med. Assoc. » (*British med. Journ.*, 12 novem. 1921).

J. Shaw Dunn definisce l'emocromatosi una particolare condizione morbosa caratterizzata da un accumulo di pigmento che dà la reazione del ferro (bleu con ferrocianuro potassico e acido cloridrico) in alcuni organi parenchimatosi e nella pelle, da fibrosi interstiziale del fegato e del pancreas, e talora da glicosuria.

La pelle ha un colorito brunastro, specie nelle superfici esposte; il fegato è poco o nulla ridotto di volume, ha un colorito rugginoso, uniforme, o interrotto da noduli rotondi più pallidi (tessuto epatico iperplastico). Può esservi ascite, se la cirrosi è avanzata. Le ghiandole retroperitoneali sono spesso più pigmentate del fegato, le altre non sembrano pigmentate, ma dànno la reazione del ferro. Meno pigmentati sono il pancreas e la milza, meno ancora cuore, polmoni, tiroide, intestino, reni. Nelle ossa non si nota aumento del midollo rosso.

Il pigmento è granulare; in fini granuli nelle cellule epatiche, in grandi masse nel connettivo interstiziale, le quali dànno la reazione del ferro solo a caldo. Lo stesso accade nel pancreas: le isole di Langerhaus sono meno pigmentate; il tessuto glandolare è tutto più o meno degenerato. Nella pelle è pigmentato l'epitelio, e i fagociti intorno alle glandole sudorifere.

All'infuori del fegato e del pancreas, la pigmentazione non sembra associata a fatti degenerativi. La glicosuria può mancare anche a pigmentazione completamente sviluppata; d'altra parte in qualche caso (l'A. ne riporta tre) pigmento e lesioni del pancreas sono scarse o nulle.

L'A. pensa che tra cirrosi epatica e pigmentazione non interceda alcun rapporto causale, ma entrambe dipendano da un terzo fattore.

Nei casi avanzati di emocromatosi il solo fegato contiene più di 30 grammi di ferro, mentre tutto il corpo di un uomo normale ne contiene intorno a 5 grammi. Ogni giorno si introducono in media, con gli alimenti, 1-2 centigr. di ferro (Sherman) e se ne elimina altrettanto, quasi tutto per le feci; onde si deduce che il disturbo del metabolismo del ferro deve durare da molti anni per giungere ad uno stadio avanzato dell'emocromatosi. Garrod avrebbe trovato una minima ritenzione di ferro (circa 2 mmg. al giorno), che essendo compresa nei limiti d'errore del metodo di ricerca dimostra solo che la ritenzione di ferro non è continua: occorrerebbero pertanto esperimenti di lunga durata.

Non essendovi segni di emolisi, nè importanti alterazioni del sangue nè del midollo osseo, al contrario di quanto si vede nell'anemia perniciosa, è poco probabile che il ferro del pigmento provenga dall'emoglobina.

Per ora si può solo dire, in termini generali, che l'avidità dei tessuti pel ferro è accresciuta. In parecchi casi fu trovata in vitro una diminuzione della resistenza globulare.

W. H. Maxwell Telling dice che la malattia colpisce quasi esclusivamente i maschi, fra 30 e 60 anni. Di regola dura 2 o 3 anni: qualche volta vi è una storia di alcoolismo, che tuttavia non di rado difetta in casi tipici. La glicosuria spesso manca, onde non è esatto il nome di diabete bronzino dato alla malattia da Hanot e Chauffard. È generalmente lieve, insorge tardi, e scompare nello stadio terminale cachettico: si ritiene secondaria alla fibrosi del pancreas. Il fegato è ingrandito, talora in un solo lobo, dolente, duro, liscio. Spesso vi è meteorismo, ed alternative di diarrea

e costipazione. La milza è spesso palpabile e presenta di solito una fibrosi.

La pelle ha colorito plumbeo o bronzeo, e tende al metallico: talora vi è lieve ittero.

I pazienti sono indifferenti e apatici come nel morbo di Addison: ogni trattamento è inutile.

Nel 1899 Recklinghausen descrisse col nome di emocromatosi un gruppo di casi con cirrosi epatica e pigmentazione, alcuni anche con glicosuria, ed altri con sola pigmentazione; da allora il nome divenne di uso generale.

Il pigmento è più abbondante dove anche normalmente tende a depositarsi: quindi si potrebbe trattare dell'esagerazione di un processo normale. Dove è più ammassato, ivi sono meno evidenti le degenerazioni parenchimatose, quindi la pigmentazione non sembra il fatto primitivo: la cirrosi, probabilmente secondaria a degenerazione dei parenchimi, o comunque prodotta, potrebbe essere primitiva. Una pigmentazione più o meno accentuata si osserva in molti casi di cirrosi epatica, ma oggi non si ammette che l'emocromatosi sia soltanto un ulteriore stadio di questa pigmentazione.

In molti casi di emocromatosi si manifestò un cancro primitivo del fegato: esso potrebbe anche dipendere soltanto dalla fibrosi, ad ogni modo, ogni caso di cancro primitivo, come ogni caso di cirrosi, vanno investigati dal punto di vista dell'emocromatosi, onde non sfuggano i casi frusti e iniziali: si potrà così gettar luce sul metabolismo del pigmento, e decidere se questa malattia è veramente una entità morbosa a sè.

I. F. Gaskell ricorda un caso nel quale i reni contenevano pigmento solo nei glomeruli, e nei tubuli di secondo ordine, mentre nell'anemia perniciosa il pigmento è tutto nei primi tubuli contorti. Nel fegato il pigmento si trovava intorno ai canalicoli e ai dotti biliari e nelle pareti dei dotti. Ciò fa supporre una abnorme escrezione ed un rapido riassorbimento del ferro che prende la via dei linfatici che circondano i dotti escretori.

R. L. Mackenzie Wallis considera essenziale all'emocromatosi il semplice eccesso di pigmento ferrico in certi tessuti. Crede utile distinguere l'emosiderina, che contiene ferro libero, dall'emofucsina che ha il ferro più saldamente combinato: non approva però queste denominazioni che suppongono un'origine emoglobinica, non provata. Conviene che la normale emolisi non dà ragione delle enormi quantità di ferro trovate nel fegato (più di 30 gr.). Secondo le sue ricerche, le urine, le feci, la bile non contengono ferro, e nel sangue non si trova eccesso di ferro estraemoglobinico. Egli crede che la formazione di emosiderina sia primitiva, e provochi la cirrosi: la trasformazione in emofuscina sarebbe un tentativo di eliminazione; questa si trova sopratutto nei muscoli, vasi sanguigni, glandole linfatiche.

I. Cruickshank accenna un caso senza anemia nè glicosuria, con senso di costrizione addominale: all'autopsia vi era molto pigmento ferrico nel fegato e nelle glandole retroperitoneali: nelle pareti delle arterie ed in altri organi vide un pigmento bruno-oro che non dava le reazioni del ferro. Ritiene doversi far distinzione tra i varî pigmenti, e possibilmente accertare, nei varî casi, la loro esatta composizione chimica.

J. M. Beattie ricorda un caso nel quale la glicosuria ha preceduto di tre anni la pigmentazione cutanea. Oltre il pigmento che dà la reazione del ferro a freddo, e quello che la dà a caldo, ve n'è un altro che forse corrisponde a quello delle congestioni croniche del fegato. Egli crede che la cirrosi, determinando una stasi locale, porti a una distruzione locale di emazie, che non modifica il sangue periferico nè il midollo osseo.

J. Shaw Dunn conclude che il pigmento non ferruginoso che si trova nei muscoli lisci, nelle pareti delle arterie e dell'intestino, corrisponde probabilmente a quello dell'atrofia bruna dei varî organi e non è caratteristico dell'emocromatosi. Non potendosi ottenere puro il pigmento ferruginoso, è impossibile un'esatta analisi. Pel riconoscimento dei casi iniziali dà importanza alla pigmentazione cutanea più che alla glicosuria. M. I. Stewart dice che la pigmentazione cutanea, la glicosuria, la presenza di granuli di emosiderina nelle urine indicano già uno stadio avanzato. Per la ricerca dei casi iniziali converrebbe, in ogni laparotomia alta, esaminare le ghiandole in rapporto col fegato e col pancreas, ed esciderne una se appare di colorito bruno.

Forse la malattia è meno rara di quanto si ritiene.

DORIA.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Sopra alcuni aspetti del dolore.

(H. HEAD. *British med. Journ.*, 7 gennaio 1922).

Le impressioni sgradevoli formano la base dei più semplici, e più antichi, riflessi di difesa, siano esse costituite da vero dolore (puntura, ad es.), o anche soltanto da una tonalità affettiva spiacevole (ad es. titillamento, o prurito). Questi riflessi sono impulsivi e stereotipi, ma in un grado ulteriore di sviluppo, i loro centri vengono dominati da centri superiori, onde si hanno reazioni più discriminative; il meccanismo primitivo riprende il sopravvento per gli stimoli di eccessiva intensità. Così la corteccia, che riceve esatte nozioni delle qualità degli oggetti esterni, domina il talamo, che ne riceve le sensazioni affettive, e modera la reflettività di questo centro, per dar luogo a reazioni corticali più adeguate.

Gli impulsi afferenti dai visceri normalmente non varcano la soglia della coscienza: molte forme di stimolo dei visceri, insolite per essi, non hanno risposta (ad es. il pungere, bruciare, o tagliare lo stomaco, la cistifellea, ecc.), ma certi stimoli, che possiamo dire normali (ad es. l'aumento di tensione, pei visceri cavi) raggiunta una certa intensità, vincono l'inibizione dei centri, e sono percepite come senso di malessere: una volta vinta questa inibizione, anche stimoli meno intensi, specie se di lunga durata, possono giungere alla coscienza.

L'A. ritiene che i visceri abbiano una doppia innervazione sensitiva, corrispondente alla sensibilità profonda e cutanea degli arti. Stimoli della prima sono le modificazioni di forma e pressione: l'eccessiva tensione provoca dolore, che può venire abbastanza esattamente localizzato.

Così i dolori pleurici si esacerbano nelle profonde inspirazioni che seguono la tosse, gli starnuti, ecc.; inoltre è possibile con la pressione profonda mettere in evidenza una dolorabilità localizzata in zone ove si ascoltano sfregamenti, e talora, cessando la pressione dello stetoscopio, dolorabilità e sfregamento scompaiono. Così accade anche nella pericardite. Dolore spontaneo e alla pressione scompaiono all'apparire del versamento, ma persistono al limite superiore delle effusioni purulente.

In molte appendiciti, prima della perforazione, possono aversi dolori addominali diffusi, in rapporto con l'innervazione centripeta delle parti alte del tubo intestinale, in preda a spasmo riflesso. La perforazione seguita da peritonite circoscritta è denunziata da un'area di dolorabilità profonda nella fossa iliaca destra: la regione lombare non è sensibile nè in profondità, nè in superficie, come dovrebb'essere se il dolore fosse subbiettivo (irradiato), poichè essa è la parte posteriore della stessa area segmentale; però vi è un punto doloroso alla pressione verso l'estremità dell'undecima costola. Le sierose infiammate si comportano come le sinoviali.

Ma generalmente i dolori che hanno origine da malattie viscerali, non valgono a direttamente localizzarle. Vengono riferiti a parti remote e non possono essere giustamente interpretati se non si conoscono i rapporti degli impulsi centripeti coi varî segmenti del sistema nervoso centrale.

Così un aneurisma aortico può dare dolorabilità nell'area corrispondente alla 2ª radice posteriore dorsale, e spesso anche nell'area di distribuzione sensitiva del plesso cervicale. I vizi mitralici gravi con distensione dell'orecchietta possono dare dolore spontaneo e alla pressione nell'area corrispondente alla 6ª e 7ª radice posteriore dorsale. Se gli stimoli viscerali sono abbastanza intensi e prolungati da giungere alla coscienza, il dolore viene irradiato sulle zone cutanee innervate dai segmenti eccitati del sistema nervoso centrale.

La spiegazione di fatti apparentemente strani nell'innervazione viscerale, talora ci è data dall'embriologia. Così non farà meraviglia che l'innervazione centripeta delle varie cavità del cuore salti alcuni segmenti dorsali, precisamente quelli che corrispondono all'arto superiore, che si sviluppa più tardi del tubo cardiaco primitivo.

La dolorabilità del pericranio spontanea e alla pressione può essere in rapporto con lo stato morboso anche di visceri lontani, oltrechè di organi cefalici. Ciò dipende dai rapporti che il nucleo del IX e del X (che riceve fibre dal cuore, dai polmoni, dall'esofago, dallo stomaco, dal primo tratto intestinale) contrae coi nuclei sensitivi del V paio e dei primi due nervi cervicali.

Il dolore di origine viscerale può irradiarsi all'area cutanea di pochi segmenti, o anche diffondersi bilateralmente, o alle aree di segmenti vicini che non sono in rapporto diretto col viscere leso. Ciò accade generalmente se lo stimolo è molto intenso. Tutto ciò che diminuisce il controllo dei centri superiori, favorisce questa diffusione: così i dolori cronici, le malattie esaurienti, i periodi mestruali, gli stati cosiddetti neurastenici. La diffusione si fa di preferenza a certe regioni (fronte, lombi), ma può estendersi anche a tutto il corpo.

come nei periodi mestruali delle donne nervose: più spesso però, in questo caso, si ha dolorabilità dall'ombelico in giù, oltre un'area frontale od occipitale.

Un'altra causa di diffusione è un improvviso aumento di temperatura. Così nelle tonsilliti con poca febbre è dolorabile soltanto l'area ioide, dalla mastoide alla linea mediana del collo; ma se la febbre è alta, la dolorabilità può estendersi bilateralmente, all'occipite, alla fronte, al dorso, a tutto il corpo. Negli anemici i dolori si diffondono largamente, e non cessano sempre immediatamente dopo la rimozione della causa (es. estrazione di un dente guasto).

L'insonnia che accompagna i dolori persistenti è un'altra causa che ne favorisce la diffusione. Talora i poteri inibitorii sono tanto scarsi che gli ordinari stimoli sono causa di dolorabilità che si diffonde largamente: non si distribuisce secondo le regole dei dolori di origine viscerale, onde si ha, per es., cefalea e dolorabilità dell'ipogastrio e del dorso.

La reazione primitiva, pronta e indiscriminata di difesa, può ripresentarsi, oltrechè per eccesso di stimolo, anche per difetto di controllo.

Insomma l'effetto di uno stimolo spiacevole non dipende solo dall'organo colpito o dalla natura del male, ma anche dalla costituzione dell'organismo: il turbamento dell'equilibrio di un segmento del sistema nervoso turba più o meno l'equilibrio dell'intero sistema.

DORIA.

MEDICINA.

Le astenie di origine endocrina.

(A. SÉZARY. *La Presse médicale*, 28 gennaio, 1922).

L'astenia è uno dei sintomi più comuni in patologia medica e coincide di solito con una malattia a diagnosi evidente.

Trattasi talvolta di un'infezione acuta di cui l'astenia costituisce un attributo abituale (influenza, tifoide, difterite, ecc.) o di cui caratterizza una forma adinamica; altre volte è un'infezione cronica, oppure un'intossicazione acuta o cronica, un'affezione delle vie digerenti, l'insufficienza epatica, renale, cardiaca, un'affezione nervosa, ecc. Vi sono però casi in cui l'astenia esiste isolatamente, o si accompagna con disturbi dello stato generale innegabili, ma imprecisi.

La parte importante che hanno le ghiandole endocrine per la nutrizione e, d'altra parte, la frequenza dell'astenia nella sintomatologia dei disturbi da secrezione interna, ci autorizzano a considerare la possibilità di un'alterazione di questi organi. Questo però va fatto con estrema prudenza, senza dimenticare che l'astenia è un sintoma estremamente banale e che vi è oggi la tendenza ad attribuire a disturbi endocrini troppi sintomi inesplicabili.

***

Non può mettersi in dubbio la frequenza dell'astenia nella sintomatologia delle ghiandole endocrine. Essa costituisce l'elemento caratteristico, il solo costante del morbo di Addison; si osserva in quello di Flajani-Basedow, in cui coesiste con l'ipereccitabilità nervosa, e nel mixedema infantile od acquisito, in cui si accompagna ad apatia od a torpore. È stata segnalata nelle sindromi ipofisarie (acromegalia, sindrome adiposo-genitale, gigantismo), e così pure fra i disturbi consecutivi all'ablazione delle ovaje, nonchè nella insufficienza epatica o pancreatica.

Si è voluto riferire all'insufficienza surrenale qualunque astenia di sindromi endocrine, esagerando l'importanza delle sindromi pluriglandolari. Bisogna invece ritenere che vi sono sintomi che non riconoscono un'unica patogenesi; tale è appunto il caso della melanodermia, tale è quello dell'astenia; questa è stata osservata negli animali da esperimento a cui erano stati levati i surreni, o l'ipofisi, o la tiroide o le paratiroidi. Non vi è quindi bisogno di invocare una problematica lesione surrenale associata, per spiegare il sintomo astenia.

L'osservazione clinica permette di distinguere *due tipi di astenia endocrina.*

Nell'uno si tratta di debole resistenza muscolare alla stanchezza; i muscoli si affaticano assai rapidamente. Questa forma si osserva nell'addisoniano in cui, più che la perdita di energia da spiegarsi in uno sforzo unico, si nota la scomparsa più o meno completa della resistenza alla fatica. Questo fatto può mettersi in rilievo anche con il dinamometro di Regnier, facendo eseguire all'individuo delle pressioni dinamometriche, ad intervalli regolari di 3-4 secondi: si può così ottenere una curva caratteristica: mentre in un soggetto normale, dopo alcuni valori elevati, si hanno pressioni dinamometriche sensibilmente uguali, che diminuiscono poi progressivamente e lentamente fino all'esaurimento tardivo, l'addisoniano può fare soltanto un piccolo numero di sforzi muscolari, di cui il valore diminuisce rapidamente, dopo di che l'individuo è affatto incapace di muovere l'ago. L'A. ha ottenuto in un soggetto le cifre 19, 17, 11, 8, 7, 0; in un altro 7, 7, 4, 0; l'iniezione sottocutanea di estratti surrenali dava un aumento passeg-

gero del numero e del valore delle cifre ottenute. In questo esame bisogna però sempre eliminare le cause di errore possibile, messe per primo in rilievo dal nostro Mosso: le emozioni, la stanchezza intellettuale, una cattiva digestione abbassano la curva ergografica, mentre l'ingestione di piccole quantità di alcool o di glucosio danno un aumento temporaneo della forza e resistenza dei muscoli; le variazioni introdotte da questi fattori secondari sono piccole, in confronto delle forti anomalie che si osservano nell'addisoniano.

Si può dare il nome di miastenie a queste forme, sia perchè esse sembrano caratterizzate dall'esaurimento del muscolo stesso, sia perchè questo termine già si applica alla sindrome di Erb-Goldflam in cui tale sintoma si osserva nettamente.

Il secondo tipo di astenia comprende i casi in cui la forza muscolare è diminuita, senza che si abbia un rapido esaurimento. In una ammalata dell'A. p. e., con una sindrome di adiposi dolorosa, si osservava un'intensa astenia, che l'obbligava da una diecina d'anni a rimanere nella stanza od in letto, poichè essa non poteva rimanere in piedi più di un quarto d'ora.

Al dinamometro si notavano cifre (30) meno elevate che normalmente; però dopo 44 pressioni, si aveva ancora 21. L'opoterapia surrenale diede un miglioramento minimo ed effimero; quella tiroidea, invece, ebbe un'azione notevole, elevando la forza muscolare ed, a condizione di essere continuata lasciando solo brevi intervalli, guarì l'astenia ribelle. In una altra malata tubercolotica, con melanodermia, la prova al dinamometro rivelava uno stato astenico senza rapido esaurimento: per tale ragione e per il fatto che anche le mucose erano pigmentate, l'A. escluse il morbo di Addison e, di fatto, l'autopsia dimostrò che i surreni erano integri, mentre il fegato era degenerato, l'astenia e la melanodermia erano dunque da attribuirsi all'insufficenza epatica.

Questi due tipi di astenia, più che costituire due gradi di uno stesso stato, sono probabilmente legati l'uno a disturbi muscolari, l'altro a disturbi nervosi. Dalle stesse particolarità del sintomo si può dedurre il valore semejologico delle astenie di origine endocrina, ritenendo che:

1° ogni astenia che non si accompagna ad esaurimento muscolare, abnormemente rapido, non è dovuta ad insufficienza surrenale;

2° l'insufficienza surrenale però non è la sola affezione che si accompagni con esaurimento muscolare anormale.

A commento di tali asserzioni, l'A. nota che egli non ha mai osservato insufficienza surrenale *provata dall'autopsia* in cui mancasse l'esaurimento rapido della forza muscolare.

Lo stato miastenico però si osserva anche al di fuori della insufficienza surrenale; esso esiste, oltre che nelle condizioni accennate al principio, anche in sindromi ben definite.

Così p. e. in quella di Erb-Goldflam, conosciuta sotto il nome di paralisi bulbare astenica: trattasi di un'affezione muscolare in cui la diagnosi si basa sull'estrema faticabilità, accompagnantesi a paralisi dei muscoli oculomotori, facciali e della nuca; queste paralisi non si osservano nella insufficienza surrenale; comunque, in caso di dubbio, la biopsia dimostrerà lesioni degenerative ed infiammatorie del muscolo.

L'esaurimento muscolare si osserva anche in una sindrome mentale isolata da Brachet e Tartivin, associato ad un rallentamento generale delle funzioni psichiche, il quale permette la diagnosi.

Questi esempi dimostrano che ogni stato miastenico non è di origine surrenale, ma non è dimostrato finora che un'altra astenia di origine endocrina possa presentare il tipo speciale di esaurimento rapido della forza muscolare.

FILIPPINI.

SIFLOGRAFIA.

Cura della sifilide con i sali di bismuto.

(L. FOURNIER e L. GUÉNOT. Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 10 novembre 1921).

Gli autori hanno largamente usato diversi preparati di bismuto, e specialmente il tartrobismutato di potassio e di sodio in sospensione oleosa, contro la sifilide umana ottenendo dei risultati che confermerebbero quelli già segnalati da Sazerac e Levaditi nella sifilide sperimentale del coniglio e nella stessa sifilide dell'uomo, e mostrerebbero che il bismuto debba venir considerato come un energico agente antiluetico.

Essi hanno curato con il bismuto 150 sifilitici in diversi periodi della malattia ed hanno potuto raccogliere un numero di osservazioni sufficiente per potersi formare un concetto della efficacia del bismuto contro la sifilide.

Sifiloma. — Il treponema scompare dalla superficie dell'accidente iniziale talvolta all'indomani della prima iniezione, ma più spesso dopo la seconda. In due soli casi scomparve dopo la terza. Nei sifilomi a tipo erosivo la cicatrizzazione avviene in pochi giorni: in quelli

medi occorrono da 10 a 15 giorni, mentre le forme ipertrofiche od ulcerate richiedono 20, 25 ed anche 30 giorni. Anche in questi ultimi casi però il sifiloma perde rapidamente i suoi peculiari caratteri clinici e prende l'aspetto di una piaga banale la cui riparazione è tanto più lunga quanto più estesa era l'ulcerazione. Quando poi s'inizia la cicatrizzazione, questa procede rapidamente sino alla fine.

Tutto sommato, il processo di cicatrizzazione del sifiloma è forse un po' più lento, in alcuni casi, che non con gli arsenobenzoli: sembra però che l'induramento ceda con maggiore rapidità.

Anche l'adenopatia satellite scompare più o meno rapidamente e non è raro il non trovarne più traccia dopo un solo mese e mezzo di cura.

Manifestazioni secondarie. — I treponemi scompaiono dalle placche mucose dopo una o due iniezioni.

Le placche mucose boccali sono quelle che più rapidamente scompaiono. Lo stesso può dirsi delle placche genitali erosive. Quelle a tipo ipertrofico si riassorbono in 10-15 giorni a seconda del volume.

Quando la cura s'inizia dopo l'apparizione della roseola, questa viene arrestata nel suo sviluppo, talvolta dopo un'esacerbazione di 24 ore. Anche i sifilodermi papulosi possono dare reazione di Herxheimer.

Gli AA. hanno visto scomparire in quindici giorni un'eruzione miliariforme generalizzata e dei sifilidermi palmari che, com'è risaputo, sono in genere assai ribelli ai rimedi specifici. In un solo caso un sifiliderma papuloso è scomparso completamente al 35° giorno, ma già da un pezzo aveva perduto il colorito speciale.

I fenomeni generali, cefalea, dolori ossei, ecc. hanno sempre ceduto alle prime iniezioni.

In otto malati trattati col bismuto per delle manifestazioni recidivanti malgrado intense cure mercuriali ed arsenicali, le manifestazioni stesse guarirono normalmente. Uno di essi, malato dal maggio 1919 e che non era stato mai più di sei settimane senza manifestazioni, non ne ha più presentate in 4 mesi da che fu iniziata la cura col bismuto.

In un caso di meningite sifilitica acuta tutti i sintomi (cefalea, rigidità della nuca, Kernig, ecc.) scomparvero dopo 3 o 4 iniezioni con parallela e contemporanea diminuzione della linfocitosi rachidea.

Manifestazioni terziarie. — Il bismuto mostrò notevole efficacia in un vasto sifiliderma nodulo-ulcerato pustoloso e crostoso che occupava i due terzi del dorso e cicatrizzò in dodici giorni, ed in una grave osteoperiostite del radio. Meno rapida fu la sua efficacia in alcune forme di ulcerazioni gommose delle gambe, che cicatrizzarono in 30-40 giorni, ed in un caso di gomma prepuziale che al 48° giorno presentava ancora un notevole infiltrato con tramite fistoloso. Due casi di leucoplasia linguale migliorarono senza scomparsa delle lesioni.

Nessun dato sicuro può fornirsi ancora sulle sifilidi viscerali (ectasie aortiche) o nervose (tabe, paraplegie spasmodiche, ecc.) per la brevità della cura. Nessuna efficacia in un caso di paralisi progressiva avanzata.

Reazione del Wassermann. — L'azione riparatrice del bismuto sulle manifestazioni superficiali è accompagnata in genere da una profonda modificazione sierologica.

In due malati di sifiloma iniziale, curati prima della comparsa di una R. W. +, questa è rimasta negativa dopo la prima serie d'iniezioni: i malati però non sono stati più riveduti.

Di 17 infermi con sifiloma iniziale e Wassermann debolmente o parzialmente positiva, 10 presentano attualmente R. W. negativa: negli altri la R. W. è attenuata.

Di 16 casi di sifiloma con R. W. +, in 6 la reazione divenne rapidamente negativa: in quasi tutti gli altri si è attenuata.

In nessun malato in periodo secondario la R. W. è diventata negativa dopo la prima serie di iniezioni. È soltanto dopo un mese, generalmente, che la reazione comincia ad attenuarsi. Su 16 malati seguiti regolarmente per uno spazio di tempo da 1 a 3 mesi, soltanto 2 conservarono una R. W. completamente positiva: in 7 divenne parzialmente o debolmente negativa, in 7 scomparve del tutto.

Non si possono ancora dare conclusioni precise sul comportamento della R. W. in periodo terziario.

Tossicità, dosi, ecc. — Gli AA. hanno adoperato a preferenza un tartro-bismutato insolubile in sospensione nell'olio di oliva al 10 %. Hanno pure adoperato il citrato ammoniacale in soluzione acquosa e delle sospensioni oleose di jodo-bismutato di chinina. Sembra che i risultati ottenuti siano stati presso a poco eguali, quale che fosse il sale adoperato.

Le iniezioni di bismuto devono essere rigorosamente intramuscolari e praticate con le consuete regole. Se si usa la soluzione acquosa di citrato, occorre assicurarsi di non essere penetrati in qualche vena, giacchè la tossicità di questo sale è incomparabilmente maggiore per iniezioni endovenose.

Gli AA. consigliano, per una prima cura di attacco, di iniettare da 2 a 3 grammi nel mese,

cioè una media quotidiana di 10 cgr. il che può realizzarsi praticamente facendo, dopo 2 o 3 iniezioni da 20 centigr., una iniezione bisettimanale di 30 cgr.

È necessario praticare una rigorosa igiene boccale.

Dopo questa prima serie si potrà, o continuare la cura con una sola iniezione settimanale di 20-30 cgr. o sospenderla per un mese per poi ricominciarla come all'inizio. In ambedue i casi si seguiranno i progressi della guarigione mercè l'esame del sangue, beninteso che il trattamento non sarà interrotto subito dopo la scomparsa della R. W. +. In ogni modo è prudente verificare spesso e regolarmente lo stato sierologico di ogni malato.

Gli AA. hanno praticato sino ad ora più di 1500 iniezioni di tartro-bismutato di sodio e potassio senza avere mai notati inconvenienti di grande importanza.

Lievi elevazioni febbrili, poliuria di breve durata, rare albuminurie, un solo caso d'ittero catarrale benigno in un tabetico, dimagramento (scomparso poi rapidamente appena finita la cura): sono questi gli unici disturbi osservati. Anche gli accidenti locali non sono di grande importanza, salvo, talvolta, vivi dolori per due o tre giorni dopo l'iniezione, accompagnati o no da gonfiore, rossore, ecc.

L'inconveniente più comune è la stomatite, che ricorda quella saturnina, ma che peraltro è ordinariamente benigna anche nelle forme ulcerose e pseudomembranose, e può scomparire con adatte cure (acqua ossigenata e soprattutto mediante preparati arsenicali).

Eliminazione. — Il bismuto si può ritrovare nel sangue, nel liquido cefalo-rachidiano, e si elimina con la saliva, la bile, le feci, il sudore, le orine nelle quali può ritrovarsi 18-20 ore dopo l'iniezione e fino a 20-30 giorni dopo un trattamento medio (gr. 2-2.50). È importante perciò sorvegliare l'eliminazione del bismuto mediante le orine nei malati affetti da lesioni renali.

Conclusioni. — I diversi preparati di bismuto adoperati dagli AA. per iniezioni intramuscolari alla dose media di 20-30 cgr. per iniezioni ed alla dose totale di 2-3 gr. per ogni serie di 10 a 12 iniezioni nello spazio di un mese si sono mostrati privi di vero potere tossico e non hanno dato luogo a gravi accidenti.

Gl'inconvenienti sono: qualche fenomeno di reazione locale nel punto della iniezione e la stomatite, facilmente evitabile e curabile.

Il bismuto è un energico agente antisifilitico, specialmente contro le manifestazioni contagiose (onde la sua importanza dal punto di vista della profilassi sociale) con attenuazione e persino scomparsa completa della R. W. dopo la prima e soprattutto dopo la seconda serie d'iniezioni.

Solo osservazioni numerose e prolungate per molto tempo dimostreranno se il bismuto possa o no guarire totalmente e definitivamente la sifilide.

V. MONTESANO.

SEMEIOTICA.

L'autourino-reazione di Wildbolz per la diagnosi di tubercolosi attiva.

Il Wildbolz di Berna ha trovato che nell'urina dei tubercolosi è presente una sostanza che si comporta come la tubercolina, ed egli ha ciò verificato in 100 casi di tubercolosi chirurgiche, e in 30 casi di tisi polmonare. Il Miche che sperimentò su casi di tubercolosi polmonare non ha osservato una superiorità di questa reazione rispetto alla tubercolina e Reinecke ritiene questa reazione pericolosa potendo determinare delle necrosi locali: Imhof ha potuto dimostrare nel siero di sangue quelle stesse sostanze che vengono eliminate per l'urina ed egli alla reazione con l'urina ha aggiunto la reazione col siero di sangue del malato. Le due reazioni si svolgono in modo parallelo.

L'Hanns (*Zeitschrift für Tuberculose*, aprile 1921, vol. 33, punt. 6), prima di iniziare le ricerche sull'uomo eseguì alcune esperienze orientative sulle cavie. In alcune praticò l'intradermo-reazione con urina di tubercoloso ed ebbe esito negativo, quando già quella stessa urina aveva dato sulla pelle del malato una forte reazione. Infettò poi le cavie con bacilli tubercolari virulenti e la reazione si presentò positiva dopo 2-3 settimane. Per praticare la reazione si raccolgono sterilmente cc. 150 di urina, e subito si riducono a un decimo del volume ponendoli nel vuoto a 65°-70°. Col raffreddamento si separano i sali, e poi l'urina è passata una o due volte attraverso un filtro bagnato di soluzione fenica al 2 %.

Se l'urina contiene albumina viene prima dealbuminizzata. Sul lato esterno del braccio se ne inietta una goccia nella cute. L'iniezione provoca sempre, però per breve tempo, un forte dolore urente. Oltre che con urina alla Wildbolz, l'Hanns ha adoperato anche urina concentrata al 1/10 del suo volume a bagnomaria, e urina fresca di tubercoloso, sempre dopo averle filtrate attraverso filtro bagnato con soluzione di acido fenico al 2 %. I risultati ottenuti con queste due altre qualità di urina sono sempre chiari, ma non così evidenti come coll'urina concentrata. Dopo 48 ore la reazione ha raggiunto il suo massimo e allora la sua lettura si fa meglio col tatto che con la vista, poichè più importante è l'infiltrazione che non l'arrossamento della pelle. Dai

91 casi dell'Hanns si possono trarre le seguenti conclusioni:

1) Un'autourino-reazione negativa, non esclude un processo attivo di tubercolosi, a decorso progressivo e a prognosi infausta.

2) Una reazione positiva, che abbia dato un vero e visibile infiltrato, parla con grande verosimiglianza per un processo tubercolare attivo.

3) Non si può ancora stabilire un parallelismo tra l'intradermo-reazione alla tubercolina e quello all'orina.

4) L'urina non concentrata non dà quasi mai reazioni positive.

5) L'urina concentrata a 1/10 del suo volume a bagno maria, dà una reazione più debole di quella concentrata nel vuoto col metodo di Wildbolz.

Il Wildbolz fa ancora notare che nei tubercolotici in attività l'autourino-reazione è positiva solo quando essi sono in stato di allergia alla tubercolina. Si dovrebbe quindi ricercare sempre la sensibilità del soggetto alla tubercolina e praticare contemporaneamente la tubercolino- e l'autourino-reazione.

Eliasberg e Schiff (*Monatsschrift für Kinderheilkun.*, ottobre 1920), per accertare il valore di questa reazione che creerebbe una nuova via per scoprire focolai tubercolari in piena attività, hanno eseguito una bella serie di ricerche su numerosi bambini (40) anche per precisare le relazioni tra lo stato di allergia dei soggetti e l'autourino-reazione. Però anche Eliasberg e Schiff concludono che non bisogna fare affidamento su questa nuova reazione per poter giudicare dell'attività di un processo tubercolare. I risultati talora paradossali che si ottengono sono di difficilissima interpretazione. Ciononostante questo metodo deve richiamare l'attenzione degli studiosi ed essere oggetto di ricerche ulteriori potendo forse esso dare la dimostrazione biologica dell'attività di un focolaio tubercolare.

T. DE SANCTIS.

CENNI BIBLIOGRAFICI

BIANCHI LEONARDO. *La meccanica del cervello.* — Prezzo L. 50.00. Editori Fratelli Bocca, Torino.

Se il valore di un libro deve misurarsi dalla rapida diffusione, il volume che ha ora pubblicato il grande nevrologo napoletano ha certo una eccezionale importanza. La prima edizione nella magnifica veste della *Biblioteca di Scienze moderne* dei Fratelli Bocca appena annunziata è in via di esaurimento.

Leonardo Bianchi è abituato a tali successi. Egli è tra i pochi autori italiani per i quali gli stranieri si dimostrano meno ingenerosi. Come il classico trattato di Psichiatria dello stesso autore, *La meccanica del cervello* è stata già tradotta e pubblicata in francese ed in inglese da due ben noti nevrologi, da Richet e da Lloyd Morgan.

Vero è che questo libro riassume tutta l'opera scientifica di Leonardo Bianchi, opera di pensatore e di sperimentatore, di filosofo e di clinico.

La dottrina delle localizzazioni cerebrali, la cito-archettonica del sistema nervoso ha sentito più che altro argomento della biologia l'influsso del genio italiano. Bianchi vi ha portato un contributo più perfetto, perchè tutte le sue investigazioni sono dominate e condotte da una mentalità complessa ed armonica che dal puro fenomeno biologico assurge alle speculazioni sociali.

Il titolo del volume potrebbe ingenerare il sospetto che si tratti di una descrizione di congegni, della esposizione di una dottrina che nella sua concezione materialistica avvilisca il concetto della vita, limiti la potenza del pensiero.

Dalle aride constatazioni anatomiche, dalle sperimentazioni e dalle osservazioni cliniche l'insigne nevrologo trae partito per affermare, talvolta con un lirismo davvero seducente, la bellezza della vita, la sublimità del pensiero. Il libro è un atto di fede nell'umanità, alla quale, sia pure con le soste e le interruzioni delle aberrazioni e dei ritorni degenerativi, non potrà mancare il destino ultimo, il dominio dell'universo. *dr.*

Dott. A. V. DOMARUS. *Metodik der Blutuntersuchung.* Berlino, Julius Springer, editore, anno 1921.

Per i tipi di Julius Springer è uscito, in nitida ed elegante edizione, questo trattato di tecnica ematologica come perfezionamento ai vari altri che in anni precedenti aveva scritto l'Autore.

Egli espone in forma chiara tutti i princi-

pali metodi di ricerca e descrive i principali apparecchi ideati, dicendone pure il valore pratico di ciascuno di essi in base alla lunga esperienza che in questo argomento possiede il Domarus.

Divide il libro, che consta di 489 pagine e 196 figure, in quattro sezioni:

1° dedicata alle ricerche di carattere fisico-chimico (emometria, numerazione dei globuli rossi, bianchi e delle piastrine, massa del sangue, viscosimetria, coagulazione, resistenza globulare, spettroscopia, spettrografia, reazione, gas del sangue, ecc.);

2° dedicata alle ricerche morfologiche (raccolta, distensione del sangue, osservazioni a fresco, colorazioni vitali, i metodi di fissazione e colorazione sono diffusamente esposti;

3° dedicata alle ricerche istologiche sugli organi emopoietici (puntura splenica e del midollo osseo) preparati per strisci e inclusione;

4° dedicata alla tecnica della citodiagnostica specialmente riguardo al liquido cerebrospinale.

In ogni capitolo istrumenti e metodi di tecnica sono descritti in modo da rendere pratico il valore del libro e veramente necessario a quelli che vogliono eseguire ricerche sul sangue. M. GHIRON.

SAVELLI E. *Anatomia clinica e diagnostica* (*Addome*) (in-16, pagg. 327, Napoli, ed. Macerolli. L. 20).

L'A. si è proposto di riassumere e riunire quelle nozioni di anatomia, che più frequentemente vengono applicate nella clinica corrente: ha quindi esposta la materia non da un punto di vista dottrinario ed astratto, ma in considerazione delle immediate correlazioni cliniche.

La piccola mole del volume non gli ha permesso che un sunto dei principali argomenti: va ad ogni modo data lode alla sua impresa, mercè la quale il lettore potrà risparmiarsi a volte fatiche riassuntive e potrà rinnovare utili ricordi. *g. sabatini.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

(Seduta del 10 febbraio 1922).

L'esclusione del colon in rapporto alla valvola ileocecale.

Prof. T. LEGNANI. — Presenta un caso di occlusione intestinale acuta per cancro dell'angolo colico sinistro operato di anastomosi dell'ileo alla sigma, nel quale, dopo 6 mesi, dovette intervenire nuovamente perchè, essendosi chiusa la valvola ileocecale al circolo refluo, erano insorti fatti gravi di occlusione completa del colon.

Trae argomento per dire come in casi simili, dato che si ricorra alla enteroanastomosi in primo tempo, allorquando si intervenga in secondo tempo per togliere il tumore, conviene eliminare anche la praticata esclusione del colon. La semplice rimozione del tumore stenosante e l'abbandono dei capi intestinali resecati e chiusi a fondo cieco, non sembra consigliabile per il fatto che sulla incontinenza della valvola ileocecale non può farsi sicuro affidamento.

Nota su una mucorinea patogena.

A. PERIN e J. COSTANTIN. — Gli OO. presentano una nuova specie del genere Lichtheimia (L. Italiana) isolata in Pavia dagli sputi di un'ammalata affetta da broncorragie. Il fungo ha un aspetto caratteristico, costante su tutti i terreni colturali; forma una massa sericea bianca che riempie tutto lo spazio della provetta tra il substrato e la parete e che negli strati superiori diventa bruno.

Gli OO. ne descrivono i caratteri botanici.

La temperatura opt. di sviluppo è 37°; i limiti di temperatura massimo e minimo che consentono ancora uno sviluppo benchè stentato sono 50° e 18°.

L'Ifomicete è patogeno per i comuni animali da esperimento.

La chinotossina nei sali di chinina.

D. GANASSINI. — L'O., dopo di aver ricordato che la chinotossina, isomero della chinina, possiede, secondo Hoppe Seyler, una azione tossica elevata simile a quella del curaro, descrive alcune esperienze da lui fatte sulle cavie e sui conigli, le quali, mentre confermano il risultato di Hoppe Seyler, dimostrano che le miscele di chinotossina e chinina a parti uguali sono più tossiche della chinotossina sola a parità di dose. L'O. richiama poi l'attenzione sulla facilità colla quale i sali di chinina possono trasformarsi parzialmente in sali di chinotossina sotto l'azione del calore, o degli acidi, o della luce. E poichè finora non si conoscono metodi e reazioni per mettere in evidenza tracce di chinotossina nei sali di chinina, l'O. propone, a tale scopo, alcune nuove reazioni caratteristiche della chinotossina, dipendenti dalla sua funzione chetonica. La presenza di questo alcaloide tossico nei sali di chinina costituisce una impurezza altrettanto trascurata quanto pericolosa. I fenomeni di avvelenamento, che talvolta si sono verificati con l'uso terapeutico dei sali di

chinina, d'ora innanzi potranno, in certi casi, essere spiegati col dimostrare la presenza della chinotossina.

A. GASBARRINI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Seduta del 13 gennaio 1922.

Presidenza: Prof. B. ROSSI, presidente.

Le peritoniti pneumococciche e la loro diagnosi.

A. MAJOCCHI. — L'O. riferisce due casi di peritonite pneumococcica a lui occorsi e da lui operati. Prende argomento da questi due casi per discutere sulla patogenesi e sulla sintomatologia di questa rara affezione.

La malattia colpisce di solito i bambini e predilige il sesso femminile: pare anche che il pneumococco arrivi al peritoneo per via ematogena. I sintomi sono incerti e non sempre sufficienti a lasciarci distinguere le peritoniti pneumococciche da quelle di altra natura.

L'O. si intrattiene su queste manifestazioni concludendo che una diagnosi sicura non può farsi che in seguito all'esame batteriologico dell'essudato.

Sulla determinazione di argento nei composti di neosalvarsan-argentici.

A. PIERONI. — Nei composti del neosalvarsan coi sali solubili di argento si forma un complesso nel quale l'argento è completamente mascherato, cosicchè in soluzione acquosa non passa allo stato di ione ma rimane legato al radicale organico; la determinazione dell'argento non si può fare perciò coi soliti metodi. L'O. passa in rassegna i metodi fin qui proposti e si sofferma in ispecie su quello di Binz; ma in questi procedimenti l'O. lamenta il fatto di essere quanto mai lunghi e complicati. Egli propone un processo che gli ha dato finora buoni risultati e che consiste nella fusione della sostanza in crogiuolo di nikel, nel riprenderla con acqua, a bagnomaria, acidificare con acido nitrico; determinazione dell'argento col metodo di Volhard.

Nuove forme di spirochete nei feti eredosifilitici.

E. CIARLA. — L'O., servendosi di un nuovo metodo di tecnica (impregnazione cromo-osmica), ha messo in evidenza delle forme di spirochete diverse da quella di Schaudinn. Egli descrive forme «a spirale» e forme «a vite»; inoltre delle forme «a rosetta», che ritiene pure pertinenti al parassita della sifilide.

Dimostra i suoi reperti sottoponendo preparati istologici all'osservazione microscopica dei presenti, e proiettando numerose microfotografie.

Le forme a spirale differiscono da quelle di Schaudinn in quanto hanno dimensioni più variabili, spesso molto superiori; spire più serrate e profonde; e di frequente delle particolari «efflorescenze terminali». Le forme a vite constano di una spirale avvolta intorno ad un «cilindro assiale», ed hanno per lo più efflorescenze terminali. Le forme a rosetta, rare, sono costituite da circoletti ravvicinati come i petali di una rosa semplice, e sono situate all'estremo di una spirale alterata.

L'O. ritiene che le nuove forme da lui osservate rappresentino stadi della «Spirochaeta pallida», e fa delle considerazioni sull'importanza che la conoscenza del ciclo evolutivo del parassita può avere per l'etiologia delle varie affezioni sifilitiche e di quelle dette metasifilitiche.

C. VALLARDI.

Adunanza della R. Accademia Fisiocritici di Siena.

Seduta del 30 dicembre 1921.

Presidenza: Prof. BARDUZZI, presidente.

Studio sul pneumococco.

NOTA I. — *Sull'esistenza di varî tipi di pneumococco nelle affezioni umane.*

L. CORDA e P. MARGINESU. — Dopo rapido accenno agli studi stranieri sul pneumococco ed alle classificazioni di esso stabilite da Dochez e Ghillespie in America, da Lister nel Transvaal, da Nicolle e collaboratori in Tunisia, gli OO. espongono il risultato delle loro ricerche su 13 stipiti di pneumococco isolati da diverse affezioni umane. Fatta breve menzione dei caratteri morfologici, culturali e biologici di detti ceppi, passano alle esperienze di agglutinazione eseguite con i sieri cortesemente forniti dall'Istituto Rockefeller, di New York; esperienze in base alle quali hanno potuto classificare i 13 stipiti come appresso:

appartenenti al tipo I, 4; al tipo II, 1; al tipo II (s. gr.), 3; al tipo IV, 5.

Per ora non è stato incontrato il tipo III.

Da queste preliminari ricerche gli OO. concludono essere certa, anche nel nostro paese, la occorrenza di diversi tipi di pneumococco; tale constatazione può avere somma importanza dal punto di vista pratico della terapia e della profilassi razionali specifiche.

Le basi scientifiche della profilassi antitubercolare.

F. NERI. — Ricordata l'importanza igienico-sociale del problema profilattico antitubercolare, l'O. espone alcune delle conoscenze fondamentali che ne formano la base scientifica, discutendo: *a*) il differenziamento del bacillo tubercolare dei mammiferi in tipo umano e tipo bovino; *b*) il meccanismo dell'infezione; *c*) l'immunità tubercolare.

Circa la prima questione, l'O. ricorda i fatti che dimostrano la stabilità dei due tipi, risultato dell'adattamento filogenetico all'organismo dell'uomo e dei bovini, tipi non trasformabili l'uno nell'altro, e nettamente differenziabili pei loro caratteri biologici.

Circa il meccanismo dell'infezione, l'O. passa in rassegna i più recenti risultati sperimentali che dimostrano la prevalente importanza dell'inalazione nella produzione della tubercolosi polmonare.

L'O. mette quindi in evidenza l'importanza epidemiologica del *contagio*, operante sul terreno del-

le altissime ed uniformi inattività di tutti gl'individui della specie umana, ed esamina i fatti epidemiologici che dimostrano il valore vaccinante di una prima lieve infezione.

L'O. infine accenna agli scarsi risultati pratici fin qui ottenuti dalle vaccinazioni e dalla sieroterapia, ed esprime l'opinione che, nel campo della immunizzazione attiva, molto sia da aspettarsi dal nuovo procedimento vaccinale di Calmette, mediante bacilli tubercolari attenuati per successivi trapianti per mezzo di glicerinati contenenti bile.

Dai fatti esposti l'O. deduce le norme per un razionale indirizzo profilattico, essenzialmente imperniato sulla lotta contro le sorgenti d'infezione e in modo particolare contro la più importante di queste: lo sputo tubercolare.

Sul comportamento dell'organo della prima fessura branchiale in «Athene noctua».

G. VITALI. — Secondo le ricerche dell'O. in *Athene noctua*, l'organo della prima fessura branchiale ha un periodo evolutivo che giunge fino al decimo giorno circa dell'incubazione; dopo di che comincia a presentare fenomeni regressivi e rapidamente scompare.

L'O. mette in rilievo l'importanza di questo fatto per la funzione dell'organo paratimpanico. Questo che è tanto più sviluppato quanto più gli uccelli son rapidi e forti volatori, come l'O. ha dimostrato in un suo studio precedente, percorre nella civetta, poco atta al volo, un certo grado di sviluppo, durante la vita embrionale, ma non riesce a raggiungere la sua completa formazione.

F. SIMONELLI.

Società Medica di Parma.

Seduta del giorno 27 gennaio 1922.

Presidente: prof. U. GABBI.

Contributo alla Stomoterapia della infezione tifoide.

Prof. A. BRAGA e dott. R. BRAGA. — Gli OO. dopo aver passato in rapida rassegna i concetti fondamentali della immunità stomogene secondo Centanni e richiamato le varie interpretazioni delle crisi conseguenti alla proteinoterapia e alla stomoterapia vengono a discutere del meccanismo della guarigione delle forme infettive acute. Dopo questa rassegna teorica riferiscono le loro osservazioni fatte su trenta tifosi trattati colla stomosina antitifica e antiparatifica Centanni, dopo aver assodato la diagnosi con la emocultura e con la reazione di Vidal: contemporaneamente essi facevano ricerche ematologiche. Dei trenta casi trattati in tredici ebbero guarigione per crisi dopo la prima o tutte al più dopo la seconda iniezione, in nove casi guarigione con rapida lisi, semplice attenuazione dei sintomi in sette casi, morte in un caso trattato in periodo agonico. In rapporto alle ricerche ematologiche parrebbe, secondo gli OO., risultare che la crisi è avvenuta con una sola iniezione allorquando l'equilibrio leucocitario non era troppo alterato, mentre ne occorsero due o tre quando si ebbe la inversione o la tendenza alla inversione della formula: in questi casi le prime iniezioni agirebbero nel senso di normalizzare l'equilibrio leucocitario. Vi sarebbe stato altresì, nei casi osservati, un rapporto fra contenuto in agglutinine e risultato del trattamento. Pertanto gli OO. ritengono che se la crisi emoclasica riconosce come unico fattore la distruzione della endotossina per opera della stomosina, il cessare o il riprendere della forma infeziosa dopo la crisi è in rapporto anche con il peculiar stato delle difese naturali nel senso dell'immunità antigene.

Praticamente il metodo di cura specialmente per via endovenosa, al quale si debbono i migliori risultati, è senza pericolo e nella infezione tifosa vi si può ricorrere fin dall'inizio della malattia.

Ricerche pneumografiche durante la emissione della voce parlata e cantata.

Dott. MERELLI GINO. — L'O., dopo aver dimostrato la importanza, specialmente nei riguardi della fonetica sperimentale, dello studio del respiro durante la emissione della voce e aver notato il notevole contributo degli Italiani a questi studii riferisce delle esperienze personali fatte allo scopo di stabilire quali differenze si verificano nei tracciati pneumografici presi durante la emissione della voce parlata e cantata in confronto alle varie posizioni in cui può trovarsi il corpo umano. Egli ha usato per i tracciati un pneumografo che trasmette sul cilindro rotante le modificazioni inspiratorie ed espiratorie per mezzo di un sistema rigido di leve e non per mezzo del tamburo di Marey, e dal rilievo dei tracciati è giunto alle seguenti conclusioni: che la notevole diminuzione della frequenza del respiro durante la emissione della voce parlata o cantata permane nella maggioranza dei casi anche dopo la cessazione della parola o del canto, forse perchè l'organismo ripara allo sbilancio respiratorio con due o tre minuti di respirazione più lenta; che le curve respiratorie durante la emissione della voce difficilmente si mantengono sulla ascissa delle curve del respiro normale, ma in genere e specialmente nella posizione orizzontale, si nota una salita della curva della linea addominale. Ma sopratutto l'O. ha visto che la posizione del corpo ha una grande influenza sul tipo di respiro sia normale che su quello modificato dalla parola o dal canto, e descrive dettagliatamente quali siano queste modificazioni. Comunque per la emissione della voce è largamente usata la pressione addominale. L'O. poi non avrebbe rilevato, come vogliono alcuni, nessuna corrispondenza tra le diverse qualità delle voci e l'ampiezza delle linee respiratorie.

Ricerche chimico-fisiche sulla emoglobina.

Prof. M. CAMIS. — L'O. risponde ad alcune osservazioni, mosse ad esperienze precedenti dell'autore e già comunicate alla Società, dal prof. Quagliariello in una recente pubblicazione apparsa sull'Archivio di Scienze Biologiche. L'O. ribatte punto per punto le osservazioni del Quagliariello riportandosi alle sue precedenti ricerche.

A. V.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Due casi di irrigidimento vertebrale cronico anchilosante.

Le infiammazioni croniche della colonna vertebrale si distinguono in due gruppi: il tipo ndi Bechterev e il tipo di Strümpell-Marie. Nel tipo di Bechterev l'affezione è limitata alla sola colonna vertebrale, è di carattere discendente, si inizia con dolori, provoca un'incurvatura della colonna dorsale e si accompagna ad un corteo di sintomi nervosi; fattori etiologici sono: l'eredità, il trauma, talvolta la sifilide. Nel tipo Strümpell-Marie l'affezione colpisce contemporaneamente alla colonna vertebrale le anche e talvolta le spalle; non esistono dolori e la colonna vertebrale anzichè incurvarsi, si fa abnormemente diritta; fattori etiologici sono le malattie infettive, la poliartrite, la tubercolosi, la sifilide, con speciale frequenza però la gonorrea.

L'A. riferisce due casi: Nel primo caso esistono alcuni sintomi del tipo Bechterev: dolori intensi all'inizio dell'affezione, incurvamento della colonna dorsale, sintomi nervosi (paresi di muscoli della spalla destra) e alcuni sintomi del tipo Strümpell-Marie: rigidità che oltre alla colonna vertebrale colpisce le anche e le spalle. Come momenti etiologici si possono rintracciare l'eredità nervosa e il trauma.

Il secondo caso corrisponde al tipo Strümpell-Marie. Affezione ascendente, non dolorosa, che provocò una rigidità della colonna vertebrale, delle anche e delle spalle (spondilosi rizomelica), gonorrea quale fattore etiologico. Esistevano però dei disturbi nervosi propri al tipo Bechterev (paresi e atrofia dell'arto inferiore destro, esagerazione dei riflessi rotulei, Babinski bilaterale).

Alla radioscopia si constatò l'ossificazione del legamento sopraspinale (che riunisce i processi spinosi), ossificazione dei dischi intervertebrali delle vertebre lombari e osteoporosi vertebrale. Nè iperostosi, nè osteofiti, presenti in tutte le affezioni reumatiche, luetiche, tubercolari e traumatiche delle vertebre. È probabile che l'osteoporosi costituisca l'affezione primaria e sia causata da stimoli infettivi e che l'ossificazione costituisca un fenomeno reattivo di compenso.

Nei casi in cui il processo di osteoporosi predomina di fronte al processo di ossificazione (perciò incurvamento della colonna) si avrebbe il tipo di Bechterev; nel caso opposto (colonna abnormemente diretta a causa dell'ossificazione) il tipo di Strümpell-Marie.

(J. Brennsohn. *Münch. Med. Wochenschrift*, n. 4, 1922). POLLITZER.

La cura della debolezza artritica nei bambini.

A. Lesage (O. Doin, ed., Parigi, 1921) mette in evidenza sintomi, che si osservano in bambini delle classi agiate ad eredità artritica (obesità, asma, ecc.). All'età dell'allattamento, si ha nonostante una apparenza florida, l'anoressia ed un timpanismo generalizzato. Dopo lo svezzamento, l'anoressia è più accentuata, e non si riesce a fare inghiottire che delle farine molto zuccherate; si sviluppa una costipazione ostinata, la dentizione può essere normale, ma i denti sono spesso gialli o verdastri; si hanno zone di iperestesia e spesso anestesia plantare. Nella seconda infanzia, il bambino è debole, disattento, incapace di un qualsiasi sforzo intellettuale; possono aversi crisi nervose, febbrili, algide, di timpanismo, coliche. La causa di questa debolezza risiederebbe nella insufficienza epatica.

Nel trattamento, si devono anzitutto rispettare le crisi eliminatrici (diarrea, broncorrea), dare i medicamenti a piccole dosi e variare i trattamenti continuandoli per qualche giorno, durante parecchi mesi. Si prescriverà quanto segue:

1) Opoterapia epatica: estratto (cg. 10-20) il più fresco possibile una o due volte al giorno mescolato con polvere di cioccolatta o con marmellate;

2) Calomelano: a dosi di 1/4 di cg. mattino e sera ogni 2-3 giorni talvolta anche questa dose non è tollerata (coliche, diarree) e si discenderà a 1/8-1/16 di cg. Secondo l'A. il calomelano non deve darsi ai bambini in dosi superiori a 1/2 cg. evitando l'azione purgativa; per questa, si ricorra ad altri mezzi, meglio ancora si eviti la somministrazione di purganti.

3) Solfo: è un medicamento eccellente nell'artritismo, si deve evitare l'azione purgativa, limitandosi a dosi di cg. 5-10, al mattino a digiuno, diminuendo la dose se si ottiene effetto purgativo.

4) Boldo: da usarsi in tintura (goccie 2-5 al mattino) solo od unito alla tintura di badiana (1/4 di questa per 3/4 di boldo), o di ipecacuana (1-10 gocce).

5) Alcalini: da preferirsi le compresse di Vichy in un poco di acqua calda al mattino,

mezz'ora avanti la prima colazione, alternando coi medicamenti precedenti.

Nei casi con anemia, si può dare il protossalato di ferro (cg. 20) o la tintura di marte tartarizzata (10 gocce); nei casi con arresto di accrescimento (cg. 1-10) estratto tiroideo.

Poichè, malgrado la frequente incontinenza notturna, tali bambini sono oligurici, si consiglierà di bere poco durante i pasti, facendo prendere alla fine una piccola quantità di bibite calde (tiglio, camomilla, tè leggero); una volta la settimana, un'acqua nettamente diuretica.

Alimentazione. Va regolata evitando gli abusi, che speso vengono dall'esempio della famiglia; si deve evitare il regime di paste o di *purées*, il bambino deve abituarsi a mangiare un po' di tutto; anche la carne non va soppressa, ma solo va data in quantità non eccessiva; l'A. consiglia particolarmente il montone caldo ed il majale freddo.

Il bambino ha bisogno di grassi, fra cui si sceglieranno quelli meglio tollerabili, come il burro crudo, l'olio di olivo, la panna fresca; evitare il latte, il burro cotto, le uova poco cotte, la cioccolata, il cacao, nonchè l'abuso di pane e di minestre. Eccellente il pesce; tutti i legumi convengono ad eccezione dei fagiolini, e spinaci; la frutta, cotte o crude, sono pure raccomandabili. È consigliabile il soggiorno in campagna ed al mare.

fil.

Aforismi sulle fratture.

Dopo un traumatismo l'ecchimosi estesa e precoce è indizio di frattura, e così pure il dolore nettamente localizzato.

Dopo un traumatismo della testa, esaminare il combaciamento dei denti con le mascelle chiuse naturalmente, e gli incisivi superiori ed inferiori posti sopra una stessa linea. Una deviazione, anche leggera, degli incisivi centrali superiori dagli inferiori suggerisce la possibilità di una frattura della mandibola e può essere l'unico segno presente; in qualche individuo si nota anche normalmente una leggera deviazione.

L'enfisema sottocutaneo del torace, con frattura di una costa, indica che il polmone è stato lacerato o punto: si determinerà con la radiografia se vi è sangue nella cavità pleurica, in caso positivo lo si potrà svuotare con un ago o con un piccolo trequarti, purchè non sia in quantità troppo piccola e si possa ritenere cessata l'emorragia.

La frattura o la lussazione delle vertebre cervicali superiori, senza traumatismo midollare, non è rara; in tal caso, la riduzione può portare il danno fino allora risparmiato; meglio lasciar le cose come stanno.

Dopo un traumatismo del dorso, il dolore persistente nella regione lombare od i dolori radicolari possono essere dovuti a frattura di vertebra non diagnosticata.

Spesso nelle radiografie si osserva una fessura congenita in uno o più archi vertebrali lombari o sacrali, fessura che è talvolta obliqua, stretta od unilaterale e non va confusa con frattura.

Negli individui anziani, il dolore e la difficoltà di movimento del braccio, dopo un trauma, richiedono un esame accurato, che potrà fare scoprire una frattura del capo omerale.

In caso di frattura del collo anatomico dell'omero, esaminare accuratamente le condizioni del plesso brachiale.

La frattura della tuberosità maggiore dell'omero è abitualmente seguita da un lungo periodo di incapacità dell'arto se il braccio venne fissato in adduzione; va invece trattato in abduzione.

Quando un bambino, che era stato tenuto per la mano, si lamenta di non poter muovere il braccio, esaminare l'estremità superiore del radio: probabilmente si troverà una sublussazione della testa od un distacco epifisario.

È un errore trattare la frattura di Colles con l'immobilizzazione continua dell'avambraccio e mano per diverse settimane: ottenuta la riduzione, vi è poca tendenza allo spostamento.

I fattori principali per ottenere un buon risultato, in tale caso, sono la riduzione e la conservazione della funzione mediante il massaggio e l'esercizio.

La semplice ispezione è sufficiente per fare la diagnosi di frattura del collo del femore: l'accorciamento dell'arto, l'elevazione del trocantere, la rotazione esterna del piede sono segni eloquenti: le manipolazioni non fanno che dare dolore inutile.

La frattura della base del quinto metatarso non è rara come risultato di una distorsione del piede nel camminare o nel ballare; spesso tale lesione viene confusa con la distorsione del tarso o del malleolo.

(*Am. J. of Surgery* e *Rev. españ. de med. y cirugia*, settembre 1921).

fil.

L'anestesia locale nella riduzione delle fratture.

La riduzione delle fratture sotto anestesia locale era stata preconizzata da tempo, ma non è venuta nell'uso generale forse per il

fatto che l'iniezione entro tessuti contusi può sembrare arrischiata. R. A. H. Fulton (*British med. Journal*, 1921, pag. 796) l'ha usata con successo in diversi casi che riferisce partitamente, ed ha osservato un decorso affatto normale del processo.

Si fa l'iniezione attorno al focolaio di frattura con una siringa Record da 10-20 cmc., iniettando gli ultimi 2-3 cmc. in vicinanza delle estremità di frattura, evitando eventuali organi importanti. Si usa una soluzione 1 % di novocaina a cui si aggiunge una goccia di adrenalina ogni 10 cmc. In tutto si iniettano 10-60 cmc. Aghi, siringa, soluzione e cute del paziente vanno scrupolosamente sterilizzati.

Dopo cinque minuti, i capi fratturati possono venire rimessi in posizione senza provocare dolore. La limitazione al metodo è data dalla difficoltà di trovare il punto esatto della frattura, specialmente se le parti sono gonfie.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1217) *Preparazione del liquido di Dakin-Carrel.* — Ai dott. A. Cresta di S. Arsenio e A. Petyx di S. Giovanni Gemini.

Il cloruro di calce del commercio non è puro ipoclorito di calcio, ma contiene altresì fino al 20 % del peso totale di cloruro ed idrato di calcio: quest'ultimo si scioglie solo in piccolissima parte, non si può quindi avere una soluzione limpida; nell'unione poi con la soluzione di carbonato di sodio, si ha un abbondante precipitato di carbonato di calcio.

Per la preparazione di tale liquido sono consigliate diverse formole: una delle buone, che non esige l'aggiunta di acido borico ed è ben conservabile, è la seguente: 1) Sciogliere 20 g. di cloruro di calce in 500 di acqua, lasciare in riposo per una notte; 2) sciogliere, a freddo, in un altro recipiente, in 500 g. di acqua, 10 g. di carbonato di sodio anidro, o soda Solway (in mancanza di questo usare carbonato di sodio in cristalli g. 28.5 e bicarbonato di sodio g. 8). Versare rapidamente la soluzione di carbonato di sodio in quella di cloruro, lasciar riposare per mezz'ora, sifonare il liquido chiaro e filtrarlo su doppio filtro di carta: conservare al fresco ed al riparo dalla luce. Con questo modo di preparazione non si forma la soda caustica, che esigerebbe l'aggiunta di acido borico per la neutralizzazione.

A. FILIPPINI.

(1218) Al dott. G. Montini, Roma:

Può indirizzarsi alla ditta G. Günther und Co. Alte Jakobstrasse 7. Berlin S. W. 68. *fil.*

(1219) All'abbonato n. 8641:

Consigliamo la pregevole ed ampia monografia del prof. Vito Massarotti dal titolo: *Il suicidio.* *dr.*

(1220) All'abb. n. 2691:

Possiamo consigliare: SCHOLTZ. *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten* (Leipzig, S. Hirzel, edit.) vol. I, che tratta appunto della sifilide e delle malattie veneree.

V. MONTESANO.

(1221) Al dott. G. C. R., abb. n. 6618:

Consigliamo il periodico « Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie », pubblicato dalla Casa editrice Masson - Parigi, Boulevard Saint-Germain. V. MONTESANO.

(1222) Al dott. G. Cicogna da Milzano:

Sull'igiene del contadino si possono utilmente consultare i fascicoli 12 e 13 del « Traité d'hygiène » di Brouardel e Mosny. *g. s.*

(1223) All'abb. n. 3268:

Qualunque Istituto di Igiene o di Patologia potrà dare al collega le colture richieste per studi personali. *g. s.*

(1224) Al dott. P. D. C. da S. P. in L.:

L'esame delle sostanze alimentari, per quanto riguarda la vigilanza igienica, si trova in modo succinto e pratico nel « Manuale dell'Ufficiale Sanitario » di Tonzig e Ruata, edito da Hoepli. *g. s.*

(1225) All'abb. n. 11,909:

Non sono a nostra conoscenza pubblicazioni con modelli di relazioni igienico-sanitarie.

g. s.

(1226) All'abb. n. 8612:

Per tutte le informazioni sui preparati di Radium e derivati si rivolga alla Veifa Radium Institut, Frankfurt a. M., o Gmür e Gianella, Milano, via Caiazzo, 33. P. A.

VARIA

Da dove vengono i nostri clienti.

Il dott. Faisant, redattore-capo degli *Annales des Médecins praticiens de Lyon et du Sud-Est*, pubblica in questo periodico i risultati di un'inchiesta sull'origine dalla sua clientela.

Essi presentano un certo interesse generale.

Il Faisant divide i clienti in più gruppi.

Un primo gruppo raccoglie quelli che hanno scelto da sè il medico, accordandogli deliberatamente la preferenza. Vari fattori possono aver determinato la scelta: questa può essere avvenuta sulla lista fornita da un Sindacato (Ordine), ovvero in seguito ad ostilità o man-

canza di fiducia verso il medico abituale (o verso il sostituto o il successore), ecc.

In molti casi la scelta è condizionata da motivi che hanno ben poco da fare con la salute. Ciò vale in specie per i negozianti e i bottegai fornitori del medico o che sperano di diventarlo e che, in cambio, gli procurano qualche paziente, o vi si recano essi stessi, sperando in un trattamento di favore in base al principio della « reciprocità commerciale ».

Spesso la scelta viene limitata dalle circostanze e può essere perfino del tutto eliminata, come nei casi d'urgenza in cui si ricorre al medico più vicino.

Vi sono i casi di famiglie venute da poco a stabilirsi nella città o nel rione, o che comunque non hanno ancora un medico e che s'informano presso il farmacista per avere l'indirizzo dei medici più prossimi e le indicazioni relative alle loro qualità, esigenze, ecc.

Sono anche da considerare i pazienti che consultano il medico perchè lo conoscono più o meno intimamente o perchè conoscono persone della sua famiglia; in questa classe il dott. Faisant annovera anche i clienti mandatigli dai parenti ed amici.

Altra clientela viene diretta al medico dai pazienti già trattati. A sua volta, essa può dividersi in due categorie: quella dovuta a clienti comuni e quella indirizzatagli da indigenti (visitati a richiesta dell'« Ufficio di Carità », di un dispensario, ecc.); in stretto rapporto con questa categoria stanno i pazienti visitati all'ospedale e che poi si recano privatamente dal medico, od anche i loro amici e parenti.

Bisogna considerare i vantaggi (o gli svantaggi) della pubblicità. Sappiamo, per es., che i giornali danno volentieri notizia di tutte le morti improvvise (da rottura di aneurisma, da paralisi cardiaca così spesso tirata in ballo dai *reporters*, ecc.); questi casi possono aver richiesto l'intervento d'urgenza, quanto platonico, di un medico: il nome del medico viene menzionato una o più volte nel corso dell'articoletto, anche se il sacerdote d'Esculapio non ha fatto proprio nulla per meritare questa distinzione; così quel nome finisce per restare impresso nella mente di alcune persone, ed in caso di bisogno corre sulle labbra.

Se un medico si consacra ad un nuovo e ristretto campo di attività, il fatto può pure creargli una certa notorietà.

Alle volte accade che un paziente vada per errore da un medico, quando questo occupa lo stesso alloggio di un collega defunto o il quale ha cambiato domicilio, od anche per sbaglio d'indirizzo, ecc.

V'è ancora il caso di un medico malato o assentatosi e che lascia alle persone di casa le istruzioni perchè i clienti siano indirizzati presso un collega amico.

Infine, resta un discreto numero di clienti che non si sa come vengano: si è costretti a classificarli « d'ignota origine ».

La statistica dell'A. viene riportata a 10.000 clienti, per rendere più chiari e definiti i rapporti numerici e per far risaltare anche i gruppi più piccoli.

Solo 114 hanno eseguito la scelta sulla lista del Sindacato; 83 sono stati indotti alla scelta da ostilità verso il loro medico ordinario e 26 verso il suo successore; 405 provengono da « reciprocità commerciale »; 187 furono mandati da un farmacista; 3091 erano casi più o meno urgenti; 291 furono mandati da conoscenti; 706 da clienti comuni; 1231 da pazienti poveri, esclusi quelli d'ospedale; 47 da pazienti d'ospedale; 52 si devono a pubblicità non richiesta dei giornali; 36 ad errori di persona; 374 furono mandati da colleghi; resta un blocco di 3357 di provenienza sconosciuta. *arpo.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MUGGIA G. *Che cosa è il gozzo e come si può combatterlo.* Sondrio, Tip. Mevio Washington e C., 1921.

NOBILI UMBERTO. *Un caso di ferita del fegato e del diaframma.* Milano, F. Vallardi, 1921.

OLIVI GIROLAMO. *Sul contegno dei complementi nelle sierodiagnosi Wassermann e Stern.* Genova, Stab. Artisti Tipogr., 1921.

PALUMBO VINCENZO. *Un caso di nèo verrucoso pigmentario a comparsa tardiva in cura col radium.* Faenza, Tip. Sociale di E. Dal Pozzo e F., 1921.

ID. *Due casi di peritelioma della cavità buccale curati col Radium.* Milano, Tip. Enrico Zerboni, 1921.

ID. *Stenosi esofagea grave ed estesa da caustici a livello diaframmatico curata col Radium.* Milano, Tip. Enrico Zerboni, 1920.

PELLIZZARI CELSO. *L'Istituto Fototerapico (annesso alla R. Clinica Dermo-Sifilopatica di Firenze) dal 1905 al 1920.* Firenze, G. Spinelli e C., 1921.

PISENTI GUSTAVO. *A proposito dell'assicurazione malattie.* Milano, Tip. Enrico Zerboni, 1921.

ID. *Per la rinascita dei Congressi degli Infortuni del lavoro e delle Assicurazioni sociali.* Roma, Riccardo Garroni, 1921.

SAMAJA NINO. *Segno di Argyll-Robertson e ganglio ciliare.* Pesaro, G. Federici, 1921.

ID. *Segno di Argyll-Robertson unilaterale non sifilitico.* Pesaro, G. Federici, 1921.

ID. *Quando cessa la contagiosità dell'encefalite letargica?* Pesaro, G. Federici, 1921.

ID. *Meningite sifilitica acuta in adulti tubercolosi.* Siena, Stab. Tip. S. Bernardino, 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

La riforma del Regolamento Generale Sanitario.

Una speciale Commissione è stata incaricata di proporre eventuali modifiche al regolamento 16 luglio 1906, n. 466, relativo al personale dell'assistenza medico-chirurgo-ostetrica e farmaceutica ai poveri, alla nomina, doveri e diritti degli ufficiali sanitari, ai laboratori igienici municipali, ai servizi di disinfezione, all'igiene degli abitati rurali.

La Commissione è composta dai signori Carapelle dott. comm. Aristide, consigliere di Stato, deputato al Parlamento, presidente; Villa dott. Achille, membro del Consiglio Superiore di Sanità; Stendardo d'Astuto dott. Francesco, consigliere di prefettura, capo divisione al Ministero dell'Interno; Natoli dott. Ferdinando, capo sezione al Ministero dell'Interno; Abba prof. Francesco, Ufficiale sanitario del Comune di Torino; Martinelli dottor Alfredo, medico condotto; Gualducci dott. Domenico, veterinario.

Schema di disegno di legge sullo stato economico e giuridico dei sanitari comunali.

Il dott. D. Resta, già membro del Consiglio superiore di Sanità, per incarico dell'Associazione veterinaria barese, ha affidato all'on. Guaccero, perchè se ne renda patrocinatore presso il Governo, lo schema di disegno di legge che qui riassumiamo.

Stato economico. — Dato l'elenco dei professionisti che vanno compresi sotto la denominazione di sanitario comunale (fra cui il veterinario, il farmacista, il direttore di dispensario celtico, ecc.), lo schema stabilisce uno stipendio minimo iniziale di L. 6000, con indennità annua di rischio professionale di L. 2500 e cinque aumenti periodici quinquennali di L. 1000 ciascuno. La Giunta prov. amm. può elevare i minimi dello stipendio e degli aumenti; contro le decisioni di questa si può ricorrere al Consiglio superiore di Sanità. Nel caso di cambio di residenza, il sanitario non perde il diritto del godimento dello stato economico derivante dagli anni di servizio prestati. In caso di soppressione di posto, il sanitario comunale, che abbia conseguito la stabilità, avrà diritto, dall'Ente da cui dipende, ad un trattamento pari a quello accordato dallo Stato per i suoi dipendenti secondo le disposizioni sulla riforma della burocrazia; in ogni caso ad un compenso non inferiore ad un anno di stipendio per ogni tre anni (o frazione di tre anni) di servizio prestato.

Stato giuridico. — La stabilità si acquista dopo due anni, computando anche il servizio provvisorio, e purchè sia avvenuta la nomina in seguito a regolare concorso. Durante il periodo di prova, il licenziamento deve essere deliberato almeno 3 mesi prima della scadenza del biennio e con intervento della maggioranza assoluta dei consiglieri comunali o dei rappresentanti il consorzio. La deliberazione deve essere motivata e sottoposta al parere del Consiglio prov. sanitario e della Giunta prov. amm.

Il sanitario licenziato durante il periodo di prova e riassunto in servizio, congiunge il precedente servizio al nuovo, per gli effetti della stabilità.

Trascorso il periodo di prova il sanitario non può essere licenziato se non per motivi gravi da contestarsi in scritto con invito a presentare le giustificazioni, entro un termine non minore di 15 giorni; la deliberazione deve essere presa con l'intervento dei due terzi almeno dei consiglieri o dei rappresentanti. Contro di essa vi è ricorso alla Giunta prov. amm., che decide dopo sentito il parere del Consiglio prov. sanitario.

La stabilità è mantenuta, anche se si aggiungono altri Comuni al Consorzio o Comune, come pure se si scioglie il Consorzio (il sanitario sarà stabile in una delle condotte a sua scelta). Se il posto viene soppresso per riduzione d'organico, il sanitario ha diritto di rioccuparlo qualora il detto posto venga nuovamente istituito.

A carico del Sanitario comunale si possono applicare solo le misure dell'art. 17, lettera *h*, del T. U. leggi sanitarie. [L'art. 17 indica solo che il medico provinciale propone al prefetto i provvedimenti disciplinari; questi sono contemplati dall'art. 55 (medici condotti e levatrici) e dagli articoli 28-32 (ufficiali sanitarii) del regolamento generale sanitario e constano della censura, sospensione, revoca. *N. d. R.*].

Trattamento di pensione. — Al Sanitario comunale sono applicabili le disposizioni sulla Cassa previdenza dei Sanitari approvate dal Consiglio dei ministri (12 dicembre 1921). Verranno inoltre estese le disposizioni della legge 21 agosto 1921 sul trattamento di pensione che accorda lo Stato ai propri dipendenti; ogni eventuale differenza sarà a carico del Comune; il Sanitario verserà alla Cassa del Comune il 3 %, dello stipendio. Se la Cassa dei Sanitarii dovesse fare un trattamento uguale o migliore, il Sanitario comunale sarà dispensato da qualsiasi ulteriore contributo, e tutto quanto ha versato andrà a totale beneficio della Cassa del Comune.

L'Ordine dei Medici di Roma e l'insegnamento dell'odontjoatria.

Il Consiglio amministrativo dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, nella sua seduta del 9 marzo 1922, preso in esame il nuovo progetto di legge per l'insegnamento della odontojatria, si dichiara unanimemente contrario a qualsiasi tentativo diretto a modificare il principio sancito dalla legge 31 marzo 1912, n. 298, che a tutela della salute pubblica e degli interessi della classe medica richiede la laurea in medicina e chirurgia per l'esercizio della odontojatria stessa.

E dà mandato alla Presidenza di spiegare presso le autorità l'azione necessaria a difesa del principio enunciato.

Nell'Ordine dei Medici di Genova.

In seguito a divergenze emerse nell'assemblea del 29 gennaio u. s. intorno ai criteri amministrativi ed alle direttive generali dell'Ordine, il presidente dott. C. M. Oberti ed i consiglieri prof. E. Calcaterra, dott. A. Repetto, prof. V. De Cigna, prof. R. Cassanello e dott. A. Molfino, per quanto rieletti, hanno rassegnate le loro irrevocabili dimissioni.

Il nuovo eletto, prof. G. G. Perrando, rimasto in carica pel disbrigo delle pratiche occorrenti, a termini dell'art. 20 del vigente regolamento 12 agosto 1911 in applicazione della legge 10 luglio 1910 che fissa le norme degli Ordini dei Sanitari, ha indetto le elezioni suppletive per il giorno 26 marzo.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9311) *Nomina ad ufficiale sanitario.* — Dott. L. C. da C. — Non è possibile essere ora nominato ufficiale sanitario senza concorso essendo fin dal 1911 scaduta la facoltà del Prefetto di procedere a nomine provvisorie. Oggidì è obbligatorio il concorso per titoli ed esami prescritto dallo articolo 72 del Regolamento sanitario vigente.

(9312) *Tassa di Ricchezza mobile.* — Dott. I. F. da N. — Poichè sullo stipendio si paga la R. M. per rivalsa il tasso è del 10.50 % oltre l'aggio all'esattore, che varia da Comune a Comune. Sulle somme che si riscuotono per l'esercizio libero professionale si paga il 14 %. Non si ha diritto a pensione, quando non si sono pagati i relativi contributi.

(9313) *Indennità caro-viveri.* — Dott. Salvatesta. — Prestandosi servizio presso due enti locali si ha diritto ad una sola indennità caro-viveri ripartibile fra i due Comuni in proporzione dello stipendio che ognuno corrisponde.

(9314) *Assenze dal Comune - Incompatibilità comunali.* — Dott. A. G. da C. — Per il permesso di assentarsi dal Comune occorre tener presenti le disposizioni del Capitolato. Certo poche ore di assenza una volta tanto non dovrebbero essere rilevate. L'incompatibilità accennata non esiste in base alla legge comunale e provinciale.

(9315) *Iniezioni ipodermiche.* — Dott. G. V. da S. — Il farmacista non può praticare iniezioni ipodermiche senza contravvenire al disposto dello articolo 53 della legge sanitaria.

(9316) *Pensione governativa.* — Dott. G. R. da T. — Per effetto dello articolo 2, lettera *d* del R. Decreto-Legge del 23 ottobre 1919, n. 1970, modificato dalla successiva legge del 21 agosto 1921, n. 1144, si ha diritto ad ottenere la pensione con 20 anni di servizio quando si sieno compiti 65 anni di età. Se Ella ha raggiunto tale età, può ben fare la relativa domanda.

(9317) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. B. da O. — Le compete una indennità suppletiva per il quarto figlio e due indennità suppletive per il numero delle persone di famiglia superiore a quattro, il tutto in conformità del disposto dello articolo 3 del Decreto-Legge 14 settembre 1918, numero 1314.

(9318) *Stipendio - Caro-viveri.* — Dott. G. D. G. da C. sul T. — Il mese di congedo non Le si può rifiutare. In caso che si neghi può ricorrere alla G. P. A. Quando si sospende il pagamento dello stipendio restano subito sospese anche le indennità accessorie ed eventuali diritti acquisiti, i quali fanno parte integrante dello stipendio e ne seguono le sorti. Per il servizio finora fatto dai colleghi possono costoro citare il Comune innanzi l'autorità giudidiaria per ottenere un compenso, visto e considerato che hanno sostenuto l'onere della condotta, durante la malattia del titolare con l'acquiescenza del Comune e senza opposizione. Si tratterebbe, in tal caso, di una gestione di affari, che obbliga colui nel cui favore vien fatta a sostenerne tutte le spese.

(9319) *Tassa di Ricchezza mobile.* — Dott. G. G. da P. — Trattandosi di una semplice consuetudine, che non ha fondamento in una deliberazione consiliare debitamente approvata dalla G. P. A., non è consigliabile promuoverne un giudizio.

(9320) *Aumento di stipendio.* — Dott. A. T. da A. — Il secondo parere non è, a nostro avviso, valido, perchè, stando al letterale disposto dello articolo 4 del D. L. del 31 dicembre 1915, n. 1910, le materie in esso elencate sono, *per ogni effetto*, DEFERITE alla Giunta. In nessun altro articolo successivo è detto che dal parere della Giunta si possa passare a quello dello intero Consiglio superiore. Contro il Decreto che sarà emesso si potrà ricorrere alla IV Sezione del Consiglio di Stato per legittimità.

(9321) *Pensioni.* — Dott. S. V. da P. P. — Il servizio interinale prestato prima della iscrizione alla Cassa non è riscattabile, come pure quello di sottoassistente. Si potrebbe riscattare il servizio di sottosostituto. Non vi è bisogno pel riscatto di pagar nulla perchè trattasi di un servizio prestato prima della iscrizione, che avvenne nel 1899. Può calcolare sinora anni 21 ed otto mesi di servizio. Il titolare deve supplire anche l'interino, ammesso lo scopo della supplenza gratuita.

(9322) *Aumenti biennali.* — Dott. I. B. da Z. — Ogni aumento biennale è costituito da lire 325. Lo stipendio attuale è costituito da 6500 + 325 + 325 + 325 + 325, cioè, da lire: 7,800. Gli aumenti da Lei indicati non sono nè possono essere soppressi, ma restano compresi nello stipendio che attualmente Le si corrisponde. I successivi aumenti biennali sono, però, per espressa disposizione del Capitolato, calcolati sullo stipendio base di lire 6,500.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGOSTA (*Roma*). — Scad. 15 apr. L. 7000 e 5 quadr. decimo, L. 500 disag. resid., L. 300 uff. san., rimborso mezzi trasp., cavallo, c.-v. Età limite 45.

AGUGLIARO (*Rovigo*). — Ab. 2000, pov. 380; lire 6,000 e 10 trienni ventes.; L. 400 uff. san.; lire 600 trasp.; doppio c.-v.; alloggio; assicur. Scadenza 31 marzo.

CASTEL SAN PIETRO DELL'EMILIA (*Bologna*). — Consorzio con Monte Calderaso. Residenziale. Scadenza 10 aprile.

CAVARZERE (*Venezia*). — 3° riparto; L. 6000 per 5000 fam. povere; L. 5 ciascuna fam. in più; pei non poveri tariffa minima dell'Ordine; aumenti; L. 800 indenn. malaria; L. 400 ambulatorio; lire 1800 se cavallo, L. 800 se altro mezzo trasp.: doppio c.-v. Età limite 40. Scad. 16 aprile. Servizio entro 15 giorni.

CAVRIGLIA (*Arezzo*). — 1ª condotta di campagna; L. 8,500 e doppio c.-v.; 4 quadrienni decimo; lire 3,500 cavalcatura (da modificarsi, ecc.); residenziale con 2550 abbienti e 1100 poveri. Scadenza 12 aprile.

CHIETI. — 3ª condotta urbana; L. 4500 per poveri; c.-v.; indennità cav. L. 1500. Età limite 40. Scadenza 30 marzo.

CINIGIANO (*Grosseto*). — Scad. 31 marzo. Per Sasso d'Ombrone. L. 9000 e c.-v., non obbl. cav.

CUNEO. *R. Prefettura*. — Uff. sanit. capo dell'Ufficio d'Igiene; L. 10,000 e 12 bienni ventesimo, doppio c.-v.; titoli ed esami. Alle ore 17 del 30 marzo. Età limite 35. Serv. entro 30 g. Chiedere annunzio al Sindaco.

LETTOMANOPPELLO (*Chieti*). — Ab. 2400 con 48 fam. pov.; L. 4000 residenziali, L. 500 p. pov., L. 500 p. uff. san., un c.-v. (in corso d'approvaz. il secondo c.-v.). Dagli abbienti tariffa dell'Ordine. Scadenza ore 17 del 15 apr. Età limite 35. Ufficio entro 15 g.

MANCIANO (*Grosseto*). — Scad. 31 mar. Per Saturnia. Ab. 1500. L. 9000 e 10 trienni ventesimo; L. 2,500 cav.; 2 c.-v.; assicur. Terme.

MARRADI (*Firenze*). — Scad. 9 apr.; per Lutirano. L. 6,000 e 8 trienni decimo; L. 2,000 cav.; c.-v.

MODIGLIANA (*Firenze*). — Cercasi aiuto supplente per Ospedale-Condotte. Stipendio L. 5,000. Percentuale atti operatorii. Nomina biennale. Condotta residenziale. Chiedere informazioni Direttore Sanitario Ospedale.

PALMIRA (*Potenza*). — Condotta poveri L. 4500; età non superiore anni 40; indennità caro-viv. Ufficiale san. L. 1000, oltre caro-viv. Scad. 15 aprile.

PIETRABBONDANTE (*Campobasso*). — Cons. con Castelverrino; L. 4000, oltre L. 2000 trasferta, c.-v. Età limite 39. Scad. 15 aprile.

PREMARIACCO (*Udine*). — Scad. 31 mar.; consor. con Ipplis; L. 7,000 oltre L. 3,000 cav., L. 600 uff. san., doppio c.-v., alloggio.

PRIGNANO (*Modena*). — Scad. 5 apr.; due cond. di cui una pel capoluogo; L. 8,000 oltre L. 2,500 cavalcatura.

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — Scad. 31 mar.; capoluogo; L. 9,000 e 5 quadrienni dec.: L. 2,000 cav.; due c.-v.

S. GIOVANNI D'ASSO (*Siena*). — A tutto il 10 apr., due cond.; L. 6,500 e doppio c.-v. fino a 500 pov., L. 150 ogni 100 pov. in più o frazione; otto trienni ventes.; alla 1ª condotta è annessa indenn. L. 4,000 mezzi trasp. Età lim. 40. Serv. entro 20 g. Situaz. famiglia.

SANT'OMERO (*Teramo*). — Scad. 10 apr.; 2ª cond.; L. 4,000 e sei quadrienni; c.-v.; età 40 anni. Rivolgersi Segreteria Com.

SPRESIANO (*Treviso*). — Seconda condotta medica. Stipendio L. 6000 per mille poveri, oltre a lire due per ogni povero in più. Doppio caro-viv., oltre L. 1800 per mezzo di trasp. Scad. 12 aprile.

TARANTO (*Lecce*). — Scad. 20 apr. Ispettore sanitario delle Scuole pubbliche e private del Comune; L. 5,000 e 4 quadrienni dec.; due c.-v.

UDINE. *Ospedale Civile*. — Medico primario; lire 4,820 e assegni c.-v.; in corso d'approv. nuova Pianta organica. Docum. alla Presidenza entro le ore 16 del 20 apr. Età massima 45. Servizio entro un mese, salvo proroga consentita.

VITTORIA (*Siracusa*). — A tutto il 10 aprile, per la fraz. Scoglitti: L. 5500 e 5 quadrienni di L. 500; doppio caro-viv. Accettaz. entro 5 giorni; servizio entro 2 mesi.

Diffide.

Nuove diffide: Manicomio di S. Margherita (Perugia), comune di Maranello (Modena).

CONCORSI A PREMIO.

FIRENZE. *Premio Galligo*. — Dall'Accademia medico-fisica fiorentina è aperto il concorso al premio triennale di L. 500 istituito dal fu cav. dott. Isacco Galligo per lavori di sifilografia e pediatria.

Il termine utile per la presentazione dei lavori scade col 31 gennaio 1923. Il premio sarà conferito secondo le norme di un regolamento che viene spedito facendone richiesta alla segreteria (residenza dell'Accademia: via Alfani, 33).

NAPOLI. *Premio Barduzzi*. — Il Comitato dell'Associazione Medica Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica dichiara aperti due concorsi con premi di lire 1,500 ciascuno per lavori originali, inediti, di climatologia meridionale continentale. Il termine per la presentazione dei lavori è fissato al 31 dicembre 1922. Possono prender parte al concorso studenti o laureati. La somma complessiva di lire 3,000 è stata messa a disposizione del Comitato dal dott. Alfonso Wassermann (Milano) per lo scopo predetto, e in omaggio all'illustre prof. Domenico Barduzzi. I lavori dovranno dirigersi alla Presidenza del Comitato (Porticato Galleria Principe di Napoli, 9). Il giudizio sui lavori sarà dato dal Comitato.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Ai proff. Carle sen. Antonio e Ceconi Angelo, dell'Università di Torino, è conferita la medaglia d'argento dei benemeriti della salute pubblica.

Il dott. Luigi Bellezza è insignito della croce di cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia per l'opera di propaganda patriottica ed igienica spiegata durante il periodo bellico.

NOTIZIE DIVERSE.

Convegno a Roma delle Associazioni Nazionali contro la tubercolosi.

Questo Convegno, indetto a Roma per i giorni 11 e 12 aprile 1922, non vuole essere, come precedenti congressi, una riunione scientifica per discutere ancora sui problemi della tubercolosi.

Lo scopo del Convegno è quello di mettersi d'accordo per intensificare la lotta contro la tubercolosi, utilizzando le cognizioni finora acquisite per organizzare una lotta *sociale* contro la malattia, la quale è eminentemente *sociale*.

Una lotta siffatta presuppone una intesa sociale; richiede la formazione di un piano generale di lavoro, al quale partecipino e per il quale siano coordinate tutte le sane iniziative particolari; esige una razionale divisione del lavoro fra le istituzioni sorte e da sorgere che hanno come scopo, diretto o indiretto, la lotta antitubercolare.

Ecco la ragione del Convegno, al quale potranno partecipare anche persone singole, medici o non medici, che abbiano qualche cosa di utile da dire sulla organizzazione della lotta. Ed anche chi non ha niente da dire, se ha già dedicato od ha in animo di dedicare le sue energie ad una o ad altra parte della lotta molteplice, può utilmente intervenire. La sua presenza sarà la prova migliore delle sue nobili intenzioni di partecipazione disciplinata alla organizzazione antitubercolare che il Convegno si propone.

Il Convegno non ha e non può avere lo scopo di organizzare una lotta indipendente da quella dello Stato. Lo Stato ha o dirige o vigila o finanzia un numero considerevole di organizzazioni che, direttamente o indirettamente, lottano già contro la tubercolosi; ha un suo programma di lotta; ha il compito di questa lotta, *che deve dirigere*. Di qui la necessità per il Convegno di studiare come l'iniziativa privata, come la volontaria azione sociale, possano integrare l'azione dello Stato e come possa essere quindi *offerta* allo Stato stesso, per una efficace collaborazione nella lotta antitubercolare, l'organizzazione disciplinata delle associazioni nazionali contro la tubercolosi, non più slegate e non più isolate e lontane dalla coscienza popolare.

Altra necessità è quella di studiare come sia possibile avere la collaborazione delle classi lavoratrici.

Ed un altro studio è necessario: quello dei mezzi più adatti per giungere ad una intesa internazionale e mettere in comune le risorse di tutti i popoli per combattere questa malattia che non ne risparmia alcuno.

Su queste linee dovranno essere condotte le discussioni.

Fino al 1° marzo erano annunziate le seguenti relazioni: prof. Levi, Indirizzo e orientamento della lotta antitubercolare in base alla esperienza nazionale ed internazionale; prof. Poli (Tema non ancora notificato); prof. Ronzoni, L'accertamento diagnostico profilattico nella difesa attuale sociale contro la tubercolosi; prof. Mendes, Trattamento post-sanatoriale dei tubercolotici; contessa Balzani, Le assistenti sanitarie nella lotta contro la tubercolosi; prof. Rossi Doria, Profilassi prenatale della tubercolosi; prof. Valagussa, Profilassi della tubercolosi nella infanzia; prof. Campani, Organizzazione provinciale della lotta antitubercolare; prof. Manfredi, La lotta antitubercolare in Sicilia; e comunicazioni dei proff. Poli, Ronzoni, Masucci e del dott. Comisso.

Le Associazioni promotrici del Convegno, come abbiamo già annunziato, sono le seguenti: Federazione Italiana delle Opere antitubercolari — Croce Rossa Italiana — Comitato Romano per la lotta contro la tubercolosi — Associazione antitubercolare del Mezzogiorno — Associazione contro la tubercolosi in Sicilia — Associazione Italiana per l'igiene — Istituto italiano di igiene, previdenza ed assistenza sociale.

Per informazioni rivolgersi al prof. T. Rossi Doria, Segretario per l'organizzazione del Convegno, via Toscana, 10 - Roma.

Associazione internazionale per la protezione legale dei lavoratori.

Si è riunita a Ginevra la IX Assemblea dell'Associazione internazionale per la protezione legale dei lavoratori, con l'intervento, per l'Italia, del prof. Norsa, rappresentante del Governo, del professor Alessandro Corsi e dell'avv. Foscolo Bargoni, delegati della Sezione nazionale. Erano rappresentati quattordici Stati, e anche la Santa Sede. Assisteva l'on. Alberto Thomas, direttore dell'Ufficio Internazionale del lavoro della Società delle Nazioni.

È stata trattata la questione della cooperazione del Comitato permanente internazionale per le assicurazioni sociali, che ha sede in Parigi, e dell'Associazione internazionale per la lotta contro la disoccupazione, che ha sede a Gand. I lavori si sono svolti intorno alla protezione legale dei lavoratori dei campi e dei lavoratori dei porti, e ai principii direttivi di una indagine sulla costituzione e il funzionamento dei Consigli di fabbrica.

Sono stati posti allo studio per la riunione plenaria dell'anno venturo le questioni concernenti la protezione legale degli impiegati, della emigrazione, del lavoro nelle Colonie.

L'Associazione internazionale per la protezione legale dei lavoratori collaborerà efficacemente con l'Ufficio internazionale del lavoro agitando a mezzo delle Sezioni nazionali la pubblica opinione nei rispettivi Paesi intorno ai problemi del lavoro che devono essere poi discussi dalle Conferenze internazionali annuali, ed esercitando la opportuna pressione perchè le convenzioni di Washington vengano ratificate dalle autorità competenti in ciascuno degli Stati aderenti alla organizzazione internazionale del lavoro.

Concessione della cura gratuita e semigratuita nel R. stabilimento termale di Acqui.

Con riferimento ed a parziale modificazione di precedenti disposizioni relative alla concessione ad infermi indigenti della cura gratuita e semigratuita

dei fanghi nel R. stabilimento termale di Acqui, il Ministero dell'Interno (Direzione generale della sanità pubblica - Div. VI, Sez. I) informa (con circolare 15 gennaio 1922, n. 20900-51/50260) i prefetti ed i Commissari civili per le terre redente, che il deposito da effettuarsi, mediante cartolina-vaglia intestata al Sottoprefetto di Acqui, dagli infermi cui potrà venire concessa la cura semigratuita, viene elevato per la stagione balneare del corrente anno 1922, da lire 70.05 a lire 100.

Ad ottenere la suddetta concessione semigratuita potranno aspirare quegli infermi che risultino di condizioni economiche disagiate, mentre soltanto quelli che dimostreranno, con dichiarazione del Sindaco del Comune di residenza, di essere iscritti nell'elenco dei poveri agli effetti della gratuita somministrazione dei medicinali e dell'assistenza sanitaria, potranno chiedere di essere ammessi alla cura gratuita.

Allo scopo di agevolare lo esame delle domande per la parte che riguarda la malattia per la quale si chiede la cura, i richiedenti dovranno provvedere che il certificato medico da unirsi alla domanda stessa sia possibilmente compilato sulla guida di un modello annesso alla circolare.

Per informazioni rivolgersi ai sindaci, ufficiali sanitari, Ordini dei medici.

Nella stampa scientifica.

Ha iniziato le pubblicazioni *The Journal of Metabolic Research,* diretto da Frederick M. Allen e pubblicato dal Phisiatric Institute di Morristown (New Jersey negli Stati Uniti); il primo fascicolo, molto voluminoso (di 164 pagine), comprende 7 lavori sul diabete, in massima parte eseguiti dallo stesso Allen o con la sua cooperazione.

L'abbonamento annuo importa 10 dollari.

Interessa conoscere i moventi di questa pubblicazione: l'Allen, del quale sono ben noti gli studi sul diabete, aveva chiesto ospitalità a varii periodici successivamente, per pubblicare una serie di nuovi lavori; ma ne aveva avuto delle ripulse, ovvero la richiesta di un ingente concorso pecuniario, od anche gli si prospettava la necessità di una esasperante lentezza nelle pubblicazioni; difficoltà dello stesso genere erano state sperimentate da altri studiosi del ricambio: da ciò il proposito, tradotto subito in realtà, di fondare il nuovo periodico, al quale hanno assicurato la collaborazione sperimentatori e clinici di valore.

Alla coraggiosa iniziativa auspichiamo il meritato successo.

Corsi di assistenza infantile.

La Croce Rossa Italiana inizierà fra breve il secondo corso annuale d'igiene ed assistenza infantile nel suo Istituto «Fondazione Emilio Maraini, Preventorio per lattanti». Le lezioni comprenderanno: Clinica e terapia infantile, igiene infantile e profilassi delle malattie per la nutrizione, igiene scolastica, malattie del naso e dell'orecchio, profilassi per combattere le malattie infettive, conoscenze di ortopedia, ginnastica medica.

Il corso avrà la durata di tre mesi e sarà diretto dal prof. Francesco Valagussa coadiuvato dai dottori Ilvento Arcangelo, Lorenzo Sympa, Randegger Giorgio, Gualdi Enrico, Puntoni Vittorio, Romano Maggiora-Vergano, Mancioli Tommaso, Dalla Vedova Riccardo. I medici e gli studenti di medicina che desiderano inscriversi si dirigano alla Croce Rossa Italiana - Via Toscana 10 - Roma - Ufficio II.

Non è dovuta alcuna tassa.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riv. crit. di Clin. Med., 5 gen. — A. TERZANI. La reazione del benzoino colloidale sul liquido cefalo-rachidiano.

Gazz. d. Osped. e d. Clin., 12 gen. — F. DURAND. La formolo-reazione.

Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 19 gen. — G. ETIENNE, A. STROUP e J. BENECH. Siero antipoliomielitico. — A. CHAUFFAR, J. HUBER e R. CLÉMENT. Malaria cronica complicata ad addisonismo, polinevrite periferica, ecc.

Pensiero Med., 21 gen. — G. PARLAVECCHIO. Terapia ortomorfica. — 28 gen. G. FERRARINI. L'insegnamento della patologia chirurgica.

Journal Amer. Medic. Assoc., 21 gen. — G. F. POWERS e altri. Luce solare e rachitismo. — MAC GILL. La giardiasi.

Archivos de Cardiol. y. Hematol., gen. — C. GIL Y GIL. Sulle granulazioni di Schüffner nella terzana.

Bollett. dell'Assoc. Med. Tridentina, gen. — RICCAMBONI. Il sistema Taylor e il medico. — A. SÉZARY e J. ALIBERT. Asma sifilitico.

Tunis Méd., gen. — BOUQUET e DELAMARE. Peritonite acuta senza perforazione nella febbre tifoide.

The Americ. Journ. Obst. a. Gynec., gen. — R. M. RAWIS. Amputazione della cervice e trachelorrafia.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 22 gen. — I. ARZELÀ. Cisti da echinococco periarticolare del ginocchio.

La Riforma Medica, 23 gen. — C. PEZZI. L'omosieroterapia nell'infezione tifosa eberthiana.

Gazette des Hôp., 24 e 26 gen. — ROUX e MILHAND. Patogenesi della mola idatiforme.

Paris Médical, 28 gen. — R. GRÉGOIRE. La dilatazione dolorosa del colon destro e suo trattamento.

The Journal Americ. Medic. Assoc., 28 gen. — W. F. PETERSEN e S. A. LEVINSON. Effetto terapeutico del salasso. — B. C. CORBUS e altri. Sulla terapia della neurosifilide.

Medical Record, 28 gen. — S. P. BEEBE. Trattamento medico dell'ipertiroidismo.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 26 gen. — G. A. PARI. Assorbimento delle tossine tubercolari per via orale.

La Riforma Med., 30 gen — G. E. PUXEDDU. Sul metabolismo del calcio nell'uomo normale.

Il Lavoro, 31 gen. — G. CALAMANI. L'organismo della previdenza sociale in Italia.

Ann. di Ostetr. e Ginec., 31 gen. — G. CALDERINI. Parto gemellare e superfetazione. — A. ORSINI. Epoca di predilezione del concepimento nella specie umana.

Bull. Ac. de Méd., 31 gen. — A. ROBIN. Silice, calce e magnesia nel tessuto canceroso.

La Pediatria, 1 feb. — O. COZZOLINO. Carenza liposolubile e rachitismo. — V. TRIPPUTI. Infezione associata tifo-melitense.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 1 feb. — F. G. CAROSTON. L'antimonio nella lebbra e nella «malattia idatidea».

Pathologica, 1 feb. — G. JEMMA. Coltura dei parassiti di Leishman.

La Presse Méd., 1 feb. — J. GALUP. Asma ed emoclasi digestiva.

Bull. et Mém. Soc. Méd. d. Hôp. de Paris, 2 feb. — MILIAN e PERIN. La stomatite bismutica. — L. BABONNEIX e L. DENOYELLE. L'obesità nella idrocefalia essenziale. — G. VARIOT e CAILLIAN. Megaduodeno congenito.

Münch. Mediz. Wochens., 3 feb. — H. HERXHEIMER. Azione dell'alcool sulla resistenza sportiva. — F. SCHULTZE. Eczema hiemale pruriens. — W. T. SACK. Componente psichica del prurito e delle dermatosi pruriginose.

Gaz. d. Hôp., 2 e 4 feb. — P. ANTONIN. L'ipertensione arteriosa.

Paris Médical, 4 feb. — Numero sulla radioterapia.

The Journal Amer. Med. Assoc., 4 feb. — A. PETERSON e W. WALTER. Il metabolismo basale, peso e frequenza del polso. — A. D. KURTZ. Osteomielite cronica stenosante.

Bull. et. Mém. Soc. d. Hôp. de Paris, 5 feb. — L. BLUM e altri. L'azione diuretica dei sali di calcio nelle idropisie nefritiche e cardiache.

La Rif. Med., 6 feb. — D. GIORDANO. Carcinoma del laringe e laringectomia. — A. DE MARTINI. Sul ricambio azotato interno ed esterno dei tubercolotici.

La Presse Méd., 8 feb. — H. DUFOUR. L'immunità acquisita alle malattie croniche.

Deutsche Mediz. Wochens., 9 feb. — H. SCHOTTMÜLLER. Rapporti tra infezioni dentarie e malattie generali. — K. BURCHARDI. Contagiosità del lupus vulgaris.

Münch. Med. Wochens., 10 feb. — L. ASCHOFF. Nomenclatura della tisi. — J. KAUP. Ricerche sulla norma. — E. WODEK e M. H. FIXHER. Nuova reazione vestibolare.

The Lancet, 11 feb. — B. MOYNIHAN. Il trattamento dell'ulcera gastrica. — W. BROWN. Ipnosi e suggestione.

British Medical Journal, 11 feb. — W. HALE-WHITE. Il trattamento dell'ulcera gastrica. — L. ROGERS. L'ascesso epatico amebico.

Mediz. Klinik, 12 feb. — A. HEFFTER. Salvarsan e dosi massimali. — E. SCHIFF. La reazione vascolare astenica quale stigma costituzionale nell'infanzia.

La Presse Méd., 15 feb. — DELHERM e LAQUERRIÈRE. La radiografia del rene col metodo Carelli-Sordelli.

Haematologica, I. — C. CIACCIO. Meccanismo di produzione della leucocitosi digestiva. — L. v. LIEBERMEISTER e D. ACEL. Variazioni di resistenza delle emazie nel lavoro fisico.

Wiener Klin. Woch., 16 feb. — J. HASS e F. EISLER. I dolori della spina dorsale.

Deutsche Mediz. Woch., 16 feb. — P. ERNST. Degenerazione e rigenerazione.

The Lancet, 18 feb. — H. HARTMANN. Stenosi infiammatorie del retto.

British Med. Journ., 18 feb. — H. T. GRAY. La colica intestinale oscura.

Paris Méd., 18 feb. — Numero sul cancro.

Gaz. d. Hôp., 18 feb. — De VERNEJOUL. Diagnosi e trattamento delle suppurazioni polmonari.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

Perchè i lettori di questa nostra SEZIONE PRATICA abbiano cognizione dell'importanza delle altre due nostre Sezioni mensili, MEDICA e CHIRURGICA, riportiamo qui di seguito l'elenco dei lavori pubblicati nelle medesime nei primi tre fascicoli del 1922:

SEZIONE MEDICA

FASCICOLO I (1° gennaio 1922).

LAVORI ORIGINALI.

I. - T. PONTANO e E. TRENTI: **La setticoemia Meningococcica.**

II. - G. PETRAGNANI: **Per colorare le ciglia dei batteri (con dimostrazione di speciali altri prolungamenti del corpo batterico).**

RIVISTE SINTETICHE E CRITICHE.

G. ARTOM: **Le sindromi anatomo-cliniche del corpo striato.**

FASCICOLO II (1° febbraio 1922).

LAVORI ORIGINALI.

I. - G. SAIZ: **Contributo allo studio della pseudosclerosi** (con una tavola a colori).

II. - S. D'ANTONA e R. VEGNI: **Reperto anatomo-patologico in un caso di encefalite epidemica cronica.**

III. - G. CALLIGARIS: **I riflessi nelle lesioni del sistema motorio extrapiramidale.**

IV. - G. DAGNINI: **Costola cervicale bilaterale con disordini vasomotori dell'arto superiore destro a tipo radicolare inferiore e della guancia omonima.**

FASCICOLO III (1° marzo 1922).

LAVORI ORIGINALI.

I. - A. FURNO: **Sulla sifilide della milza.**

II. - M. DIVELLA: **Un caso di sifilide ereditaria con processi di condrocalcosi e distacchi epifisari.**

III. - L. PHILIPPSON: **Ricerche sperimentali attorno alla Sachs-Georgi e alla Meinicke.**

IV. - B. MASCI: **Contributo allo studio dell'echinococcosi multipla dei polmoni.**

SEZIONE CHIRURGICA

FASCICOLO I (15 gennaio 1922).

LAVORI ORIGINALI.

I. - V. PAUCHET: **Le due costipazioni.**

II. - O. CIGNOZZI: **Semplificazione di tecnica della cura radicale dell'ernia inguinale.**

III. - L. GOBBI: **Contributo allo studio dei tumori endoteliali.**

IV. C. ROMITI: **Parotite cronica policistica.**

V. - F. SPECIALE: **Su le cosidette pericoliti membranose.**

FASCICOLO II (15 febbraio 1922).

LAVORI ORIGINALI.

I. - C. ANSALDI: **Ciste linfatica sviluppata in una ghiandola surrenale accessoria.**

II. - G. BECCHERLE: **Su di un caso di sutura dell'arteria carotide comune per emorragia tardiva in seguito a ferita della parete del vaso da scheggia di bomba a mano.**

III. - L. DOMINICI: **La reazione di Wassermann dopo le cloronarcosi, le eteronarcosi e le rachianestesie.**

IV. - G. FICHERA: **Contributo alle splenopatie chirurgiche.**

V. - L. TORRACA: **L'azione di alcune sostanze fotodinamiche sul processo di guarigione delle ferite.**

FASCICOLO III (15 marzo 1922).

LAVORI ORIGINALI.

I. - G. BECCHERLE: **Invaginazione ileo-ceco-colica - Resezione intestinale - Guarigione.**

II. - O. CIGNOZZI: **Il distacco totale dell'appendice e l'azione difensiva dell'epiploon.**

III. - DE LUCA: **Risultati clinici prossimi e remoti della erniotomia crurale radicale alla Parlavecchio.**

IV. - G. FICHERA: **Contributo alle splenopatie chirurgiche** (continuazione e fine).

V. - G. GIORGI: **La ricostruzione chirurgica degli strati anatomici cranio-cerebrali, ecc.**

RIVISTE SINTETICHE E CRITICHE.

G. ROCCHI: **Radioterapia profonda.**

Dell'una e dell'altra Sezione si pubblicano durante l'anno 12 fascicoli le cui pagine complessivamente assommano ad oltre 1500, ed ognuno di essi, acquistato separatamente, costa L. **5**, per cui l'ammontare dei 24 fascicoli ascende a L. **120.**

Però i medesimi si possono ottenere con **UN TERZO SOLTANTO** di detta spesa, ossia aggiungendo al prezzo d'abbonamento della Sezione Pratica:

L. 25 se per l'Italia o L. 35 se per l'Estero, volendo solamente i 12 Numeri di Sezione Medica, oppure solamente i 12 Numeri di Sezione Chirurgica

o L. 40 se per l'Italia o L. 45 se per l'Estero, volendo tanto i 12 Numeri di Sezione Medica quanto i 12 Numeri di Sezione Chirurgica.

Inviare relativo Vaglia al Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA

ANNO XXIX Roma, 3 Aprile 1922 Fasc. 14

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Crisi nitritoidi da difetti di fabbricazione degli arsenobenzoli.

Prof. FERDINANDO DE NAPOLI, libero docente di Clinica dermosifilopatica nella R. Università di Bologna.

Il Milian nel 1912 ha denominato *crisi nitritoide* un complesso quadro sintomatico, che si verifica, qualche volta, durante o immediatamente dopo le iniezioni degli arsenobenzoli. La denominazione è dovuta alla sintomatologia delle crisi da arsenobenzoli somiglianti a quelle che derivano dalle inalazioni di nitrito di amile.

Alcuni osservatori, che si sono occupati di tali incidenti oltremodo inquietanti, sebbene rarissimamente gravi, hanno affermato che essi sono andati diminuendo dacchè il vecchio 606 è stato sostituito nella pratica clinica dai suoi derivati e specialmente dal *neosalvarsan* (dell'originale marca tedesca Meister Lucius e Brüning), dal *novarsènobenzol* (di fabbricazione francese) e dal *Jacol* e dal *neojacol* (di produzione italiana), per non dire di molti altri succedanei del prodotto dell'Ehrlich, nei quali l'arsenico è stato associato a varie sostanze (come il *luargol, galil, sulfarsenol, silbersalvarsan*).

La mia pratica, abbastanza estesa col 606 o coi suoi derivati, tedesco e francese, mi induce invece ad un'affermazione opposta, che cioè le *crisi nitritoidi* non mi sono mai occorse col 606, mentre ho dovuto constatarne ben quattordici nel mio esercizio professionale privato durante il 1921, in cui per la prima volta mi sono trovato di fronte a tali incidenti, che assumono forma impressionante; perchè il medico è quasi sempre solo (o assistito dall'infermiere, per lo più donna), quando pratica la cura antiluetica nell'impenetrabilità del segreto del suo studio.

Nè ho bisogno di dire quanto sia tragica la posizione del sanitario, il quale da solo deve combattere un accidente improvviso e che talora si presenta con la minaccia di un esito letale, avendo a sua disposizione poche risorse terapeutiche contro una enorme responsabilità.

Perciò, preoccupato di tali incidenti, che in una clinica o in un ambulatorio pubblico non destano forse sì profonda impressione, ho cercato di studiarne l'origine, facendo tesoro di tutto ciò che sull'argomento è stato scritto e della mia personale esperienza, che è basata

su parecchie migliaia di iniezioni di salvarsan e di neoarsenobenzoli finora praticate, sia in ospedali ed in ambulatori pubblici del Regno e delle Colonie, specie durante le ultime guerre, sia fra la clientela privata. Quest'ultima mi ha poi offerto la non desiderata occasione di constatare le *crisi nitritoidi*, che, non verificate da me in ben dieci anni di uso del rimedio dell'Ehrlich, si sono presentate alla fine dell'estate scorsa, a fornirmi, in modo inatteso e strano, una involontaria sperimentazione, che potrà concorrere a lumeggiare la questione della origine delle *crisi nitritoidi*, a limitare la responsabilità del medico e ad indicare alle case produttrici le cause dell'inconveniente, per evitarlo.

Ho detto già che a me il vecchio 606 non diede mai incidenti che potessero presentare identità con le *crisi nitritoidi*. Attribuisco tale fatto all'avere io usato il rimedio dell'Ehrlich, per la via endovenosa, sempre in soluzione iperalcalina, reazione questa che mette al sicuro dalle crisi nella quasi totalità dei casi, mentre l'ipoalcalinità è incriminata quale produttrice delle medesime.

L'Ehrlich, al quale venivano riferiti con sollecitudine tutti gli insuccessi — al punto da addolorarlo immensamente — non si mostrava gran che preoccupato delle denunzie intorno ad incidenti, la cui sintomatologia si avvicinava a quella delle attuali *crisi nitritoidi*. Si trattava di casi rarissimi, che si manifestavano, come io stesso scrissi riportando la bibliografia di allora: « *con malessere, vertigini, difficoltà di respiro, diarree con enterorragie, polso debolissimo e frequente, oliguria o anuria addirittura, itterizia e morte in mezzo a deliri ed a convulsioni, nei casi acuti, ed a coma in quelli cronici* ». Si trattava di una complessa sintomatologia, in quell'epoca confusa e che ora va diradandosi. Essa comprende le *crisi nitritoidi* propriamente dette, l'*apoplessia sierosa* (le quali più che a combinazioni chimiche tossiche sono da attribuire a cause meccaniche-flocculazione), le *intossicazioni vere e proprie* e l'*ittero*. L'Ehrlich, nel riferirne un caso, si occupa di tale evenienza e dichiara di trovarsi disarmato, perchè le prove biologiche, che si fanno durante la preparazione del medicinale, non possono servire di guida dal momento che lo *choc*, come egli lo chiamava, non si produce negli animali da esperimento. « *Di fatto* — egli scrisse — *nella terapia umana si verifica un inconveniente, che i risultati degli esperimenti cogli animali non ci permettono in alcun modo di prevedere, cioè la cosidetta idiosincrasia dell'uomo o ipersensibilità preformata. La frequenza di un tale accidente decide sulla possibilità di usare un rimedio nella terapia umana* ».

Siffatto accidente, che il patologo di Francoforte attribuì a *choc*, dandone la colpa alla *idiosincrasia* e quindi al malato, si è verificato per fortuna raramente e con conseguenze quasi sempre lievi. I casi occorsimi, oltre a dimostrare che la sua causa più frequente — se non unica — sta nella fabbricazione del rimedio, si prestano per stabilirne la sintomatologia svariata, che va dall'accesso di lipotimia alle vere convulsioni, ma che quasi sempre riproduce il quadro dell'embolismo.

I miei casi sono in numero di quattordici: di essi uno solo si verificò nella primavera del 1921, mentre gli altri tredici si succedettero a breve intervallo sul cadere dell'estate di quest'anno.

Ebbi la prima e più grave crisi il giorno 3 aprile.

M. S., geometra, di anni 34, robusto ed in ottime condizioni organiche, contrasse la sifilide nell'estate del 1920. Si curò a Torino con una serie completa di novarsenobenzolo Billon per via endovenosa. Si presentò alla mia osservazione il 13 marzo con placche mucose orali e perianali e volle la Wassermann, che diede esito positivo intenso. Iniziò dopo una settimana la cura mista, mercuriale (mercè iniezioni endomuscolari di calomelano) ed arsenicali (iniezioni endovenose di neosalvarsan Meister Lucius). Cura arsenico-mercuriale, che io pratico contemporaneamente da parecchi anni — somministrando nello stesso giorno, anzi nella stessa seduta, i due rimedi specifici — e che, secondo me, risponde bene, perchè associa l'azione rapida ed intensa, ma fugace, delle iniezioni endovenose arsenicali a quella lenta e duratura delle iniezioni endomuscolari del mercurio in sospensione dando la sicurezza di combattere l'eventuale mercurioresistenza o arsenoresistenza delle spirochete. Nè ho dovuto mai lamentare alcun inconveniente ed ho potuto evitare più facilmente le stomatiti che si combattono col 914, come è noto.

Il signor M. il giorno 3 aprile era alla terza iniezione endovenosa, ed avendo egli tollerato benissimo le 2 dosi precedenti (come sempre ebbe a tollerare bene le sei iniezioni di novarsenobenzolo praticategli a Torino) gli iniettai gr. 0.45 di neosalvarsan. Come sempre avevo attentamente esaminato sia la polvere contenuta nella fiala, perfettamente integra, sia la soluzione fatta con acqua distillata parecchie volte sterilizzata, fornitami al solito dall'Istituto d'Igiene di questa R. Università, della quale avevo fatto uso per un'altra iniezione di g. 0.75 praticata al altro infermo nella stessa mattinata. Nulla notai di anormale nei caratteri fisici del preparato ed eseguii tranquillo l'iniezione, attenendomi alle solite norme oramai abituali alla mia pratica: uso aghi molto sottili; inietto lentamente, impiegando dai 3' ai 5' e interrompendo due o tre

volte l'iniezione per mezzo minuto in media. Ma avevo appena estratto l'ago dalla vena, allorchè l'infermo, divenuto improvvisamente rosso in viso e come preso da un accesso di asma, saltò dal letto — sul quale fo restare fermi in posizione orizzontale per almeno dieci minuti tutti gli ammalati, dopo ogni iniezione — e si slanciò verso la finestra come in cerca di aria. Tanto ero poco pratico di *crisi nitritoidi* che immediatamente attribuii l'atto di quel malato ad un subitaneo malessere di altra natura e mi accostai a lui per soccorrerlo. Ma quando egli si volse a me non ebbi più dubbi. Egli era trasfigurato addirittura: paonazzo e come gonfio in volto, aveva il collo turgido con le vene sporgenti come corde tese; gli occhi fuori dalle orbite avevano una espressione di terrore; il respiro era affannoso, ed il petto era scosso da frequenti colpi di tosse secca. Il M. non riusciva ad articolare bene la parola e faceva intendere, più che altrimenti, a cenni che si sentiva soffocare e che aveva la lingua ingrossata.

Lo feci sdraiare nuovomente sul letto e per parecchie ore restai presso quel malato ad assistere, col solo aiuto della infermiera sbigottita, ad un quadro addirittura terrificante. Usai senza indugio una prima iniezione di 1 cc. di adrenalina al millesimo, che ho sempre a portata di mano. L'infermo pareva oramai in istato sincopale; era addirittura livido, inerte, cosparso tutto il corpo da sudore freddo, con le estremità algide, col polso impercettibile e con le pupille fortemente midriatiche. Cinque minuti dopo la iniezione ipodermica di adrenalina il quadro mutò: egli divenne pallidissimo, addirittura cereo (*leucoreaction* dei francesi) conservando la tinta bleu-verdognola ai padiglioni degli orecchi ed alla estremità del naso e delle dita; il polso incominciò a percepirsi filiforme ed aritmico; la coscienza e la sensibilità tornarono, tanto che egli si lamentò di freddo e di dolori alle gambe. Questo stato, sempre gravissimo, durò dieci minuti circa, dopo i quali improvvisamente tutto il corpo incominciò ad essere agitato, come in preda a brividi di freddo squassanti od a movimenti convulsivi. Il malato si riaccese in volto e portando le mani ai fianchi, in corrispondenza delle regioni renali, a volta in corrispondenza dello sterno, incominciò a contorcersi sotto lo spasimo di atroci dolori e di senso di soffocazione, fino a che, sfinito, dopo pochi minuti si accasciò sul letto riverso e boccheggiante. Io lo ritenni perduto allorquando vidi velarglisi gli occhi e farsi fievole il respiro sulle sue labbra, mosse appena da un lieve tremito convulso, che agitava parimente tutto il corpo freddo ed in profusa traspirazione, mentre il polso non si percepiva più, nè mi riusciva sentire l'itto cardiaco della punta! Non esitai a fare, in tali condizioni, una seconda iniezione di adrenalina eguale alla prima e ad essa feci succedere immediatamente una iniezione di olio canforato ed una di etere a breve intervallo. Nè mi arrestai allorchè vidi l'infermo rianimarsi, perchè continuai ad iniettare ogni dieci minuti alternativamente, canfora, etere e caffeina.

Così la crisi parve vinta: l'infermo incominciò a muoversi e ad articolare qualche parola, accusò conati di vomito ed il bisogno di urinare e di defecare, lamentandosi di avere già perduto feci ed urine. Provvidi, con l'aiuto dell'infermiera, acchè egli, muovendosi il meno possibile, soddisfacesse ai bisogni avvertiti. Però non appena si fu mosso ricadde in una nuova crisi, iniziatasi con vomito muco-salivare. Assistei così ad un terzo accesso con la stessa sintomatologia del secondo, ma molto meno grave.

Non indugiai a praticare una terza iniezione di adrenalina, alla stessa dose delle altre ed a somministrare per la via sottocutanea ed endomuscolare eccitanti.

Finalmente dopo due ore, in cui dovetti da solo ed in istato di vera angoscia lottare contro una delle più gravi crisi nitritoidi, il paziente tornò in sè, lagnandosi di dolori all'epigastrio ed alle reni e di diplopia, e lentamente si assopì. Rimase così per oltre quattro ore circa prima di svegliarsi e di rimettersi a tal segno da poter ritornare in carrozza alla sua abitazione. In tale momento egli avvertiva forte cefalea e la sua temperatura raggiungeva 38°.5 C.

L'indomani era tutto cessato. Egli stesso venne a trovarmi ed a dirmi che durante la nottata la febbre era caduta con profuso sudore. Era completamente apirettico e non lamentava che una grande spossatezza.

Allora, non edotto bene sul movente delle crisi, nè guardai la serie della fiala usata, nè volli consentire a continuare la cura in quel soggetto, attribuendo unicamente al suo organismo la origine dell'incidente veramente gravissimo.

Rimasi tanto più convinto di ciò perchè da allora fino ai primi del settembre non ebbi a lamentare inconveniente alcuno, pur avendo continuato a praticare iniezioni di neosalvarsan. Ma ecco che nel settembre improvvisamente il mio gabinetto incominciò ad essere funestato da una serie di ben 13 crisi nitritoidi, verificatesi nel decorso di poco più di una settimana.

Avevo usato durante l'estate uno *stock* di neosalvarsan fornitomi dal depositario e rappresentante in Bologna della Casa Meister Lucius e non avevo dovuto lamentare alcun inconveniente. In settembre, restandomi poche dosi di quella provvista, mi rifornii presso lo stesso rappresentante, che di recente aveva ricevuto dalla Casa madre una nuova spedizione di neosalvarsan. Nessun sospetto quindi può elevarsi sulla genuinità e sulla provenienza del preparato. Ma nell'usare le prime dosi — per fortuna quasi tutte poco elevate — ebbi a rilevare gli incidenti, dei quali alcuni abbastanza inquietanti.

Di essi otto si presentarono in forma lieve, tanto che si potrebbero ascrivere alle *crisi nitritoidi fruste*. Furono caratterizzati dai seguenti sintomi, varianti da un individuo all'altro: *odore agliaceo intenso e perfino nauseoso*. (Noto a tal riguardo che alcuni infermi accusano odore non ben definibile fin dalla immissione nel sangue delle prime gocce della soluzione di neosalvarsan. Tale *sensazione olfattiva endogena* ricorda per qualcuno l'etere, per altri la canfora e per altri si avvicina all'odore di aglio), *congestione del volto specie delle congiuntive*, *tosse secca e stizzosa*, *senso*

di calore alla faccia, di ingrossamento e di pizzicore alla lingua, lieve senso di angoscia e di peso in corrispondenza dello sterno e dell'epigastrio, nausea, conati di vomito e vertigini.

Questa sintomatologia, che si può limitare alle manifestazioni più lievi, come la congestione del volto, o arrivare alle più gravi, come il vomito e le vertigini, è costantemente accompagnata da tachicardia. Si manifesta subito dopo l'iniezione e può dileguarsi in pochi secondi o durare anche dieci o quindici minuti. Negli otto casi, ai quali mi riferisco, ho avuto le crisi costantemente con le fiale della nuova provvista; nè mi è riuscito di evitarle pur avendo messo ogni cura in una maggiore diluizione della soluzione del neosalvarsan in acqua distillata sterilizzata (alla dose di cc. 5 a cc. 10, ed avendo seguito le iniezioni lentissimamente, secondo le norme che uso sempre. Si trattava quasi in tutti di ripresa della cura. Perciò rimasi anche più sorpreso che in individui i quali ritornavano per praticare la seconda o la terza serie di iniezioni endovenose di neosalvarsan, già tollerate benissimo nei periodi precedenti, si verificassero le crisi — senza eccezione — alle prime dosi di g. 0.15 o di g. 0.30. Non sapevo come rendermi ragione del fatto e pensai perfino a fenomeni di anafilassi o di saturazione arsenicale, deciso a sospendere questa cura.

Un giorno però mi si presentarono due malati nuovi, *due coniugi infortunati dal matrimonio*, sposi novelli, giovani e senza alcuna tara.

Dovevo iniziare la cura ed avevo una dose da g. 0.15 delle fiale del primo *stock* e le altre della stessa dose appartenevano alla seconda provvista che tenevo da parte. Usai quella nella donna ed una di queste nell'uomo. Ed ecco presentarsi la crisi, di media intensità, nel marito, mentre la moglie, alla quale avevo praticato prima l'iniezione, si stupiva che egli dovesse soffrire mentre a lei l'iniezione non aveva dato il benchè minimo disturbo.

Fu allora che ebbi il sospetto che potesse trattarsi di difetto del medicinale e per la prima volta fissai la mia attenzione sulle fiale e sulle scatole che le contengono, rilevando che su una delle facce corte di questa è segnato un numero che ne indica la serie. Presi nota di questo numero e ne tenni conto in occasione di successive iniezioni, in seguito alle quali assunsi la certezza che le *fiale nuove* (quelle della seconda provvista) appartenenti alle serie 38 mila e 39 mila erano causa costante delle crisi, mentre le *vecchie* (prima provvista), che finii di consumare, erano scevre da qualsiasi inconveniente. Ne avvertii il depositario di Bologna, chiedendogli fiale di serie diverse da quelle incriminate; ma non ne aveva, ed allora ricorsi ad una farmacia (S. Pietro, in via Indipendenza), che me ne fornì un certo numero fabbricate nel 1920 (ora la data non viene più segnata sulle scatole!) e portanti i numeri di varie serie.

Ebbene, io usai queste ultime fiale e tutte, indistintamente, risposero bene, mentre per essermi servito *di altre tre dosi incriminate* (una da g. 0.45, una da g. 0.60 ed una da g. 0.75), che mi mancavano fra le serie di recente acquistate, ebbi a deplorare *tre crisi nitritoidi* piuttosto gravi. Di esse una ebbe la durata di mezz'ora e fu caratterizzata da tachicardia, vomito, dolori ai reni ed alle gambe, cefalea intercorrente e diplopia, nonchè dalla solita congestione iniziale. La seconda diede luogo agli stessi fenomeni vasomotorii e fu caratterizzata specialmente da disturbi del polso e della respirazione, che si accelerarono in modo allarmante e che si rimisero solo in seguito ad una iniezione ipodermica di 1 cc. di adrenalina al millesimo, lasciando però l'individuo per un'ora circa in preda a vertigini, a crampi dolorosi ed a senso di freddo alle gambe in modo che egli non poteva reggersi in piedi. E la terza ebbe inizio, a differenza di tutte le altre, con pallore estremo del volto, con un vero accesso di lipotimia seguito da vomito, da cefalea e da fatti congestivi per mezz'ora circa.

Come ho detto, ebbi la fortuna di poter fronteggiare con buon esito questi incidenti, che mi dettero la non ricercata occasione di fare una esperienza certo non piacevole, sulla origine della quale non mi rimane alcun dubbio. Tanto più che mai, da allora, ebbi ad osservare fatti simili nelle successive iniezioni, che continuai a praticare con nuove serie di neosalvarsan che la Casa Meister Lucius mandò sollecitamente. E con queste continuai a curare gli stessi individui che precedentemente avevano avuto delle crisi, raggiungendo quasi in tutti la dose massima di g. 0.90, senza alcun inconveniente.

Il rappresentante della Casa Meister Lucius ritirò subito le serie incriminate (38 mila e 39 mila) e le restituì all'istituto produttore, il quale, a quanto mi si assicura, avrebbe impartito disposizioni per togliere dalla circolazione quelle serie di neosalvarsan.

Io ebbi cura di avvertire di ciò che mi era accaduto i colleghi, coi quali mi si presentò l'occasione di incontrarmi. Due di essi, il dottore Lucchetti ed il dott. Mazzini, confermarono le mie osservazioni, che per il Lucchetti concordavano anche circa il numero delle serie da lui notate, mentre il Mazzini mi assicurò di non aver badato ai numeri indicanti le serie, ma che gli incidenti gli erano capitati solamente con alcune dosi da g. 0.45. Ciò fa presumere che queste appartenessero ad una sola serie (come si sa, le dosi eguali vengono spedite in gruppi di cinque scatole, tutte della stessa serie, avvolte in carta pergamenata), ed il fatto di non avere egli avuto alcuna crisi con altre dosi, conferma le mie osservazioni sulla etiologia delle crisi nitritoidi, che i suddetti colleghi, al pari di me, non ebbero a deplorare mai più dacchè la Casa Meister Lucius ha spedito il suo neosalvarsan di recente fabbricazione.

***

La semplice esposizione delle *crisi nitritoidi* occorsemi e delle circostanze in cui si verificarono basta per non lasciare alcun dubbio sulla loro origine, da imputarsi unicamente al preparato.

Infatti, nel caso delle mie iniezioni endovenose di arsenobenzoli gli agenti ai quali può

essere attribuito qualsiasi inconveniente sono quattro: *a*) *medico che pratica l'iniezione*, cioè la *tecnica*; *b*) *malato*, cioè suo stato fisico in quanto alla *tolleranza* ed alle controindicazioni da questo dipendenti; *c*) *solvente*, cioè l'*acqua distillata*, che ora unicamente si usa; *d*) *preparato*, cioè sua composizione e suo *modo di fabbricazione e di conservazione*.

Nei miei casi *tecnica* e *solvente* furono sempre eguali per tutti gli ammalati che, avendo subito le iniezioni di neosalvarsan talora nella stessa mattinata, non ebbero disturbi se non col preparato di quelle date serie, disciolto nella stessa acqua distillata, della quale mi servo da molti mesi e che mai, con le *dosi buone*, mi ha dato alcun inconveniente.

Gli ammalati, secondo coefficiente (*b*) delle crisi, non ne furono colpiti se non quando vennero curati con le dosi incriminate. Avevano fatto uso, quasi tutti, i neosalvarsan prima che gli incidenti si verificassero e ne fecero uso dopo — a dosi più elevate — senza alcun danno.

Non resta quindi che il quarto coefficiente — *preparato* — al quale bisogna far risalire l'origine delle *crisi nitritoidi* occorsemi. Ed il preparato ha risposto male, nelle mie mani, solo per alcune dosi, quelle segnate coi numeri delle serie incriminate. Con ciò non voglio affermare in modo assoluto che le *crisi nitritoidi* in altre circostanze non possano dipendere da qualche altro dei coefficienti sopra indicati; nè che tutte le fiale appartenenti a quelle serie fossero imputabili dello stesso difetto, sia esso dipendente da imperfetta fabbricazione iniziale; sia da impurità dell'arsenico e delle così dette sostanze stabilizzanti; sia da facile alterabilità in rapporto al tempo ed all'ambiente. Perciò ho dato a questa comunicazione il titolo indeterminato: «*Crisi nitritoidi dipendenti da imperfetta fabbricazione degli arsenobenzoli*», il quale non esclude che altre possano essere le cause delle crisi, che — nei casi miei — ebbero evidentemente quell'unica origine da me denunziata. Questa è stata poi avvalorata dalla coincidenza di siffatto incidente, occorso contemporaneamente ad altri due miei colleghi, mentre altri — se interrogati — potrebbero confermare le nostre osservazioni, che mettono in evidenza la possibilità di difetti nella preparazione chimica dei derivati in genere del diossidiamidoarsenobenzolo (606)

Al riguardo è importante che l'Emery in Francia abbia fatto lo stesso mio rilievo sulla patogenesi delle *crisi nitritoidi* ed abbia parlato di «*venues*» del prodotto (egli certo si riferisce al *novarsenobenzol Billon*) capaci di produrle. E che presso di noi il Trossarello abbia espresso la stessa opinione in una sua comunicazione alla R. Accademia di medicina di Torino. Egli ha denunziato *crisi nitritoidi* per l'uso del preparato francese, derivategli dalle serie *E 1460* ed *E 2253*.

Il Trossarello chiude la sua importante comunicazione riferendo che le osservazioni fatte da lui nella Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Torino furono fatte nello stesso periodo di tempo dal prof. Fontana (si noti la coincidenza di tempo e quindi la probabile importazione della stessa *mandata di novarsenobenzolo sbagliata*) e che il prof. Valobra, dell'Ospedale Mauriziano Umberto I, ebbe, fra diverse crisi più o meno gravi, un caso di morte, in seguito ad una iniezione endovenosa di gr. 0.20 di novarsenobenzolo Billon.

Tutto ciò costituisce una piena conferma delle mie osservazioni, che portano non a giudicare male il preparato, di qualsiasi marca (tedesca o francese), ma a mettersi al sicuro dalle adulterazioni (assolutamente da escludersi nei casi miei: prova ne sia il ritiro della merce da parte della Casa Meister Lucius) ed a non fidarsi delle varie serie prima di averle esperimentate nelle dosi minime, valendosi a preferenza di quelle già usate con buoni esiti e che risultano perciò esenti da imperfezioni.

* * *

In che cosa consistano le imperfezioni non è possibile stabilire, perchè noi ignoriamo la vera composizione degli arsenobenzoli ed il processo di sintesi in uso per ottenerli. Nè sappiamo per quanto tempo essi possano resistere senza alterarsi, perchè nessuna data-limite di validità è segnata sulle fiale o nei loro involucri. Perciò fare delle ipotesi sul riguardo sarebbe lo stesso che brancolare nel buio.

L'Ehrlich, oltre ad avere detto che i controlli biologici fatti negli istituti di produzione degli arsenobenzoli non sono sufficienti, perchè gli animali sui quali sono eseguiti possono tollerare dosi di arsenico molto più elevate di quelle che non tollera l'uomo — ha avvertito che nel 606 può essere contenuto talora un prodotto — l'*amino oxyphenyl arsenoxyde* — venti volte più tossico del 606 stesso e che non sempre si riesce ad eliminarlo, ma solo a ridurlo al 0.08 %. Inoltre prodotti tossici per l'uomo, come l'*arsenofenilglicina*, la quale nella serie degli arsenoderivati dell'Ehrlich è contrassegnata dal n. 418, sono tollerate dagli animali da esperimento. Questi sopportano dosi altissime di arsenico. Tanto è vero che

— come ha dimostrato M.lle Margullies nel 1905 nel laboratorio dell'Ehrlich — i ratti arrivano a sopportare, dopo due o tre settimane di cura con gli arsenobenzoli, il doppio della dose mortale.

Gli arsenobenzoli sono ben tollerati dall'uomo, che, secondo Ehrlich e Hata, può resistere a gr. 12 di 606 ed a gr. 18 di 914. Sono da temere invece i prodotti secondarii. Il Queyrat, che ha sempre usato il 606 originale, in due gravi accidenti occorsigli ha trovato che l'*amino oxyphenyl arsenoxyde* si trovava, nelle dosi impiegate, nelle proporzioni del 2,43 % in un caso e del 2,3 % nell'altro. L'*arsenoxyde* sarà stato sicuramente eliminato nei neoarsenobenzoli, dei quali fa parte il 606 nella proporzione del 66 %? L'arsenico che ne fa parte è sempre purissimo? E le così dette *sostanze stabilizzanti* sono sempre esenti da inconvenienti e da impurità?

Non sappiamo quali esse siano; ma ad esse si possono attribuire le crisi nitritoidi. Le quali non riproducono il quadro dell'avvelenamento acuto da arsenico; nè possono attribuirsi ad *idiosincrasia*, perchè questa si manifesta costantemente in seguito alle prime somministrazioni talora in dosi minime (in uno studente malarico bastavano 2 o 3 gocce di liquore arsenicale del Fowler per aversi i segni della intolleranza, secondo riferisce il Katchkatcker).

Come ho già accennato, le *crisi nitritoidi*, così somiglianti in genere allo embolismo, specie per il modo pronto e subitaneo di insorgere in seguito alle iniezioni endovenose di neoarsenobenzoli, sono da attribuire, più che a fatti tossici arsenicali (dai quali si possono far dipendere la febbre, la diarrea, la cachessia, le nevralgie e l'ittero) ad incidenti di natura meccanica. Esse sotto tal punto di vista sono state identificate dal Danicz coi fenomeni di anafilassi, attribuiti, come è noto, a coagulazione ed a flocculazione del sangue per modificazioni umorali indotte da precedenti somministrazioni, specie per la via endovenosa, di alcune sostanze.

Nel caso delle *crisi nitritoidi* non si tratta però di vera anafilassi nel senso di modificazione umorale dell'organismo già assoggettato alla somministrazione di un agente chimico. Contro tale concezione, affacciata da qualcuno, sta il fatto che le crisi si verificano talora alla prima iniezione di neoarsenobenzolo e non nelle successive somministrazioni (come in alcuni dei miei casi); tal'altra si presentano nel corso di una serie di iniezioni per non presentarsi mai più dopo. Si tratta invero di un meccanismo identico a quello dell'anafilassi, che ha però una patogenesi ben diversa. La sindrome delle crisi nitritoidi, il tempo in cui si producono e lo stesso modo di combatterle, danno ragione di tale differenza di origine fra anafilassi e *crisi nitritoidi* e fra queste e l'avvelenamento acuto da arsenico.

Queste possono verificarsi durante le iniezioni, o subito dopo, sia per eccessiva concentrazione delle soluzioni di neoarsenobenzolo adoperato (metodo del Ravaut), sia per la rapidità nell'esecuzione del piccolo e delicato atto operativo. Il quadro è per lo più quello dell'embolia. I disturbi generali sono a carico del pneumogastrico, del gran simpatico, dei centri spinali e qualche volta assumono la forma bulbare.

Secondo alcuni, basta diluire convenientemente, in non meno di 5 cc. di acqua distillata, il preparato ed eseguire le iniezioni lentamente per attenuare o evitare addirittura le crisi. Così facendo il sangue avrebbe il tempo di sciogliere i coaguli, che si formerebbero più scarsi in rapporto alla maggiore diluizione della soluzione che si inietta e si eviterebbero i fenomeni gravi, che si hanno quando nei capillari si addensano i coaguli in gran numero dovuti ad una soluzione concentrata, iniettata — anche per il suo minore volume — rapidamente, specie se si usi un ago piuttosto grosso. Perciò soluzioni non molto concentrate, iniezioni lente, di tanto in tanto interrotte per un minuto circa, ed aghi sottili per praticarle, costituiscono una certa garanzia contro le crisi nitritoidi. Ma allorquando il preparato non è perfetto, non vale attenersi a tali norme. I casi occorsimi, nei quali nulla ho trascurato di quanto ho detto sopra, provano ciò. Ritengo però che la tecnica accurata mi abbia evitato incidenti molto più gravi. E penso con raccapriccio quali sarebbero state le conseguenze se crisi gravi, come quella del primo caso descritto, si fossero verificate in individui non perfettamente sani e vigorosi, sia per condizioni patologiche, sia per il loro stato fisiologico come, per esempio, la gravidanza, durante la quale ho praticato parecchie volte la cura, anche negli ultimi mesi senza aver dovuto mai lamentare nulla, con l'uso di dosi di neosalvarsan, già provato e senza dubbio sicuro.

A proposito dei mezzi per evitare le *crisi nitritoidi* il Danicz consiglia le così dette *iniezioni vaccinanti* di 1 cc., della dose che si vuole iniettare, da praticarsi 20 o 30 minuti prima di iniettare la dose totale. L'Emery con lo stesso intento ha proposto il metodo *antianafilattico*: iniezioni di dosi quotidiane di

1, 2, 3, 4, 5, ecc., cgr. di neosalvarsan prima di arrivare alla dose minima in uso (g. 0.15).

Il Dhuot ha proposto di far durare l'iniezione non meno di 20 minuti primi. Un vero tormento per il paziente e per il medico! Io posso dire per la mia esperienza che tutti questi metodi costituiscono delle *virtuosità tecniche inutili* se non dannose, perchè le *crisi nitritoidi* nella gran maggioranza dei casi non si verificano quando si dispone di un buon preparato e quando non si trascurano le norme tecniche sopra enunciate, che oramai sono di uso comune a chiunque abbia una certa pratica delle iniezioni endovenose degli arsenobenzoli.

Circa la patogenesi delle crisi nitritoidi, cioè della loro natura meccanica e non tossica, viene invocata anche l'azione favorevole dell'adrenalina, vasocostrittore per eccellenza ed antagonista perciò dell'azione vasodilatatrice dell'arsenico, che Milian ha voluto battezzare col nome di *ectasofilia.* L'adrenalina può essere somministrata a dosi elevate — 5-6 cc. — di una soluzione al millesimo nelle 24 ore fino a produrre il colorito addirittura cereo dei pazienti, cioè la *leucoreaction* dei francesi. E l'adrenalina viene usata anche a scopo preventivo, contro le crisi nitritoidi, alla dose di 20-40 gocce *per os*, della soluzione al millesimo, 15-20 minuti prima di praticare le iniezioni endovenose.

Ma da che cosa è data la coagulazione del sangue in certe evenienze ed in relazione a determinate serie del prodotto e la mancanza di tale fenomeno nella gran maggioranza dei casi?

I caratteri fisici delle polveri contenute nelle varie fiale, siano appartenenti a serie *crisogene*, siano normali, sono perfettamente identici, come identici sono le loro soluzioni in acqua distillata. In esse non esiste nessuno di quegli indizî di alterazione ben noti, come il colorito delle polveri che va dal rosso mattone al bruno ed al nero addirittura e la tinta arancione carico delle soluzioni.

L'acqua, nei casi occorsi a me, era la stessa che ho sempre usato e che si è costantemente dimostrata scevra di inconvenienti anche nella stessa giornata in cui con le *serie incriminate* si verificarono le crisi. Ma non è da escludere che qualche volta l'acqua che si usa per allestire la soluzione degli arsenobenzoli possa conferire a questi la proprietà di far coagulare il sangue.

Ehrlich stesso si è sempre preoccupato delle qualità dell'acqua da impiegare come solvente del 606 e dei suoi derivati e ciò ha ripetuto anche nella prefazione, che si compiacque dettare per una mia pubblicazione sul suo prodotto, prescrivendo che essa fosse distillata di recente, mentre in altre occasioni raccomandò che non contenesse tracce di metalli (piombo) o di silicati, i quali *in vitro* alterano, decomponendolo, il 606.

Le preoccupazioni del sommo patologo di Francoforte hanno avuto conferma dalle esperienze dell'Emery in Francia e del Wechselmann in Germania. Essi hanno iniettato separatamente l'arsenico e l'acqua che si usa per scioglierlo ed hanno constatato che l'azione tossica, in qualche caso, sarebbe dovuta all'acqua, per quanto sterilizzata. I corpi dei batterii uccisi con la sterilizzazione agirebbero sia sensibilizzando l'organismo, sia decomponendo gli arsenobenzoli.

Per quanto riguarda l'acqua, che ho adoperata io, nulla posso imputare alle sue qualità chimiche; però debbo dichiarare che per ben due volte ho avuto negli anni scorsi delle crisi *fruste* della durata di due o tre minuti, adoperando acqua troppo calda, la cui temperatura superava certamente i 40° C.

Oltre l'acqua che è il solvente *in vitro* degli arsenobenzoli, bisogna considerare il sangue, altro liquido col quale gli arsenobenzoli vengono in contatto prima *in vitro* (sangue refluo nella siringa all'inizio della iniezione) e poi nelle vene. Il sangue, nella sua composizione normale leggermente alcalino o neutro (Luciani) (1), non dà coaguli col neosalvarsan, che ha reazione alcalina lieve; non così in contatto col 606, con reazione acida, col luargol e col galil che precipitano se non sono in soluzioni iperalcaline. Però se il sangue non ha la sua composizione fisiologica, ma contiene, per es., fosfati — che precipitano anche *in vitro* i neoarsenobenzoli — si ha la sua coagulazione allorchè questi vengono iniettati nelle vene. Di ciò bisogna tenere conto in qualche raro caso, in cui nel sangue esista il difosfato di sodio (diabete). Ma non si può invocare tale contingenza nei miei casi, che, oltre ad essere troppi e troppo frequenti in un breve periodo di tempo, si riferiscono ad individui che avevano dimostrato prima e dimostrarono dopo una perfetta tolleranza del preparato *buono*, anche nelle dosi più forti.

Dopo di avere discussa ed esclusa l'azione del medico, quella del paziente e quella del solvente quali possibili agenti delle crisi ni-

(1) Il Milian consiglia un regime a base di alcalini per aumentare l'alcalinità del sangue e controindica, regolarmente prima delle iniezioni, l'ingestione di alimenti o bevande acide.

tritoidi, delle quali ho riferito, non resta che da trattare del preparato.

Come ho già detto, la sua composizione chimica ci è ignota. Però noi sappiamo quale reazione debba darsi preferibilmente alle sue soluzioni in acqua distillata, generalmente usata in luogo della soluzione fisiologica che nei primi anni si adoperava per il 606. Delle reazioni da dare alle soluzioni di questo rimedio mi sono occupato molto, quando nei primi tempi della cura dell'Ehrlich non erano ancora di uso corrente le iniezioni endovenose e si praticavano quasi esclusivamente quelle endomuscolari. Ho preferito sempre la soluzione con reazione alcalina anche per la via parenchimatosa, mostrando i danni che potevano derivare dalle soluzioni acide o neutre. *A fortiori* queste ultime due reazioni debbono essere proscritte per la via endovenosa, perchè la soluzione neutra è per sè stessa fioccosa (e non basta la debole reazione alcalina del sangue a darle la limpidezza delle soluzioni alcaline) mentre la soluzione acida, limpida, passando allo stato neutro al contatto del sangue (neutro o debolmente alcalino, come si è detto, nonchè ricco di sostanze albuminoidi) dà abbondanti precipitati. Il Gaucher — irreducibile avversario della terapia arsenobenzolica fino alla sua morte — negli esperimenti istituiti con la soluzione neutra di 606 ha avuto, negli animali, il 100: 100 di esiti letali.

Non rimane quindi che l'uso delle soluzioni di arsenobenzoli con reazione alcalina per metterci al sicuro, sotto questo punto di vista, dalle crisi nitritoidi. Ed a tale riguardo debbono essere tenute di mira le *sostanze stabilizzanti*, che influiscono certamente nel determinare la reazione degli arsenobenzoli.

Il Leredde aveva già notato che l'ipoalcalinità delle soluzioni di 606 provocava embolie, che egli descrisse rilevando la cianosi, l'affanno di respiro, il vomito e l'incontinenza delle urine. E fin da allora le crisi nitritoidi sono state attribuite a fatti meccanici per flocculazione, come nella anafilassi, alla quale il Ravaut per primo ha attribuito le crisi. Gli si è obbiettato che le sostanze colloidi solamente possono dare l'anafilassi. Contro tale obbiezione sta però la dimostrazione di Besredka e di Danicz, i quali hanno riconosciuto anche alle sostanze cristalloidi la proprietà di generare reazioni anafilattiche. Ed il Danicz è arrivato a trovare tale identità fra le crisi nitritoidi e l'anafilassi da sostenere che quelle si producono, quasi sempre, alla seconda o alla terza iniezione. Asserzione, che è pienamente smentita dalle osservazioni concordi di quanti abbiamo avuto siffatti incidenti anche alla prima iniezione o li abbiamo avuti nel corso della cura e non li abbiamo più riscontrati in seguito, notando — come me e qualche altro — che essi dipendono da alcune serie del preparato mal fabbricate o alterate.

Nè è il caso di ammettere più che le *crisi nitritoidi* possano dipendere da vera reazione di Herxheimer. Alcuni hanno sospettato ciò ed hanno consigliato, in conseguenza, di iniziare la cura non con le iniezioni endovenose di arsenobenzoli — i quali facilmente danno la reazione di Herxheimer — ma con i preparati mercuriali. I quali secondo altri gioverebbero perchè il mercurio, legandosi alle cellule organiche, impedirebbe che queste vengano in seguito attaccate dall'arsenico.

Basta ricordare il meccanismo di produzione della reazione di Herxheimer e l'epoca in cui suole verificarsi per scartare siffatta ipotesi circa l'origine delle crisi nitritoidi. Quella è legata alla presenza delle spirochete in gran numero nell'organismo, quindi in rapporto all'acme dell'infezione rigogliosa del periodo secondario e si verifica quasi sempre qualche ora dopo la prima iniezione endovenosa di neosalvarsan, o dopo 24-48 ore dalle iniezioni endomuscolari idrargiriche. Invece le crisi nitritoidi si possono avere in tutti i periodi della lue, indipendentemente dalla presenza e dalla quantità dei germi specifici, anche nel periodo terziario in cui questi sono scarsi e latenti e perfino in individui non sifilitici, curati con gli arsenobenzoli per altre malattie (malaria, tripanosomiasi) e si presentano in principio come a metà od alla fine della cura.

Finalmente qualcuno ha cercato una spiegazione, che, risalendo all'osservazione dell'Ehrlich, riguardo alla presenza dell'*arsenoxyde* nel 606, ammette per *le crisi nitritoidi* una origine non meccanica, ma puramente tossica. Il Milian suppone infatti che una insufficiente alcalinizzazione trasformerebbe il 606 non in un sale disodico, ma in monoclоridrato o in una serie di composti complessi tutti tossici, che egli ha battezzato col nome di «*para 606*».

Come si vede, le ipotesi sono molte, ma.... tutte ipotesi. Io ho voluto enumerarle, facendone implicitamente la critica. Contro molte di esse sta la mia pratica, che porta direttamente, *coeteris paribus* (operatore, paziente e solvente) alla incriminazione della qualità del preparato; non in sè, perchè si è dimostrato sempre innocui, ma in quanto si riferisce alla *cattiva fabbricazione di alcune sue mandate*. Si può pensare che in esso non siano pure le

sostanze stabilizzanti o l'arsenico o che le relative proporzioni siano errate o che siano legate in modo da dare luogo a successive alterazioni del prodotto. Ogni fialetta porta un numero, che si riferisce al Controllo biologico: Ehrlich stesso ha detto quale affidamento dia tale controllo negli animali di prova.

Le ipotesi — delle quali è oramai ricca la letteratura sull'argomento con creazione di svariati neologismi — e le indagini da parte nostra sarebbero superflue. A noi importa assicurarci bene del *solvente;* osservare l'infermo dal lato clinico per ciò che riguarda le *controindicazioni* — che sono andate sempre più riducendosi con l'uso dei *neoarsenobenzoli,* al punto che la cura può essere fatta ambulatoriamente in molti di quei casi che prima nessuno avrebbe osato curare con tali agenti chimici — e seguire una tecnica accurata. *Agli istituti produttori incombe l'obbligo di fabbricare con ogni cura gli arsenobenzoli, in modo che siano effettivamente scevri di inconvenienti e di pericoli.* E sugli istituti medesimi *deve gravare la responsabilità maggiore delle crisi nitritoidi, di qualsiasi intensità. L'Ehrlich col 914 ha dato alla umanità un preparato veramente perfetto per la sua efficacia e per la sua innocuità. E tale debbono cercare di fornircelo i produttori, per i quali non si può invocare nessuna attenuante che valga a diminuirne la colpabilità, per negligenza o per altro che porti ad una imperfetta fabbricazione, per cui sono alterate e rese pericolose alcune mandate dell'ultimo e più sicuro prodotto dell'Ehrlich nella serie degli arsenoderivati.*

Dai casi che mi sono occorsi emerge una conclusione incontestabile: *alcune dosi di neosalvarsan, appartenenti* alla serie 38000 ed alla serie 39000 hanno provocato in 13 casi altrettante *crisi nitritoidi, indubbiamente. Mentre la prima e più grave crisi caduta sotto la mia osservazione si può solo sospettare che sia derivata come dipendente da una dose di neosalvarsan non perfetta nella sua composizione chimica.*

Vi è di più: altri hanno avuto crisi nitritoidi, sia con novarsenobenzol Billon, sia col neosalvarsan Meister Lucius, in perfetta coincidenza di tempo, ed hanno tratto le stesse mie conclusioni.

Esiste poi la constatazione analoga riguardo all'*ittero.* Incidente molto grave e talora mortale, il quale è stato attribuito ad una epatorecidiva, ammettendo che l'arsenico per la sua nota affinità per le cellule epatiche le intacchi e le renda meno resistenti alle spirochete. Ora, secondo Hudelo o Hallan alcune mandate sbagliate — non sappiamo in che modo — di neoarsenobenzoli sarebbero *itterigene,* così come sono crisogene quelle denunziate da noi e da altri. Nè l'insorgenza talora tardiva dell'*ittero* vale ad escludere la sua etiologia arsenicale. È noto infatti che l'*arsenico* possa restare stagnante nel fegato per molti mesi e poi rimettersi in circolazione dando segni tardivi di vere intossicazioni acute. In tale modo si può spiegare anche l'*apoplessia sierosa:* accidente quasi sempre letale, che non si presenta, come le *crisi,* subito dopo le iniezioni endovenose, bensì dopo qualche giorno con fenomeni che ricordano quelli delle crisi stesse, ma molto più gravi e che portano in breve allo stato sincopale ed alla morte.

In conclusione affermo che è necessario usare con prudenza ed a dosi minime le serie di arsenobenzoli non ancora adoperate. Ed a me pare che ad ognuno di noi incomba l'obbligo di denunziare sollecitamente le serie che in più di una dose abbiano dato *crisi nitritoidi.* La denunzia dovrebbe essere fatta all'Ordine dei medici, al quale il denunziante appartiene, per darne avviso, nel modo che sarà giudicato più opportuno e più rapido, a tutti i colleghi ed agli istituti produttori per il ritiro e la migliore fabbricazione di un *prodotto chimico meraviglioso* per la sua efficacia e *che può essere adoperato con la più cieca fiducia, quando è ben preparato, tanto da consentire, tranne poche controindicazioni, la cura ambulatoria in quasi tutti i sifilitici.*

Bologna (Università), dicembre 1921.

BIBLIOGRAFIA.

DE NAPOLI F. *Il 606 nel laboratorio e nella pratica.* — V. Idelson, Napoli, 1912.

ID. *Relazione sui casi di sifilide curati con l'arsenobenzolo.* VII Congresso internazionale di Dermatologia e Sifilografia, Roma, 1-13 aprile 1912. — Tipografia Armani e Stein, 1913.

EHRLICH-HATA. *Il 606 nella sifilide.* Versione italiana del dott. L. Rülh. — Società Tipografica Editrice Nazionale, Torino, 1913.

EMERY. *Le traitement actuel de la Syphilis.* — J.-B. Baillière & fils, 1921.

HUDELO, HALLAN, riferit. da I. CIVALLERI in Pensiero Medico, n. 49-50 del 1921.

KATCHKATCKER. Gazette des Hôpitaux, 1900.

MILIAN. Presse Médicale, n. 65, 1921.

E. SERGENT-RIBADEAU-DUMAS-RABONNEIX. *Syphilis,* tome I. — Maloine & fils édit., 1921.

TROSSARELLO M. *Sulla tossicità di alcuni campioni di novarsenobenzol Billon.* — Dottor Francesco Vallardi, 1921.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE DI SANTA MARIA DEI BATTUTI
SAN VITO AL TAGLIAMENTO.
SEZIONE MEDICA
del dott. GIUSEPPE DI SALVO.

Ricorsi di singhiozzo epidemico.

Dott. ARRIGO LINASSI, assistente onorario.

Tra la fine del 1919 e la prima metà del 1920 si diffuse in Europa una strana epidemia di singhiozzo, quando già la grave pandemia influenzale sembrava spenta e si era svolta o stava svolgendosi l'ondata della encefalite letargica. Il singhiozzo fu allora osservato e studiato da molti autori italiani e stranieri e dimostrò d'avere caratteri quasi di uniformità, sia per il modo d'insorgere e la durata, sia per i caratteri obbiettivi, tanto da assumere una propria fisonomia clinica. In Italia però, già nella seconda metà del 1920 era scomparso, tranne forse qualche caso sporadico e nel 1921 non furono riferiti nuovi focolai della malattia.

Ma da qualche tempo ho l'occasione di osservare nel nostro comune lo svolgersi di una nuova epidemia della strana forma morbosa. Credo opportuno segnalarla, non perchè si presenti sotto aspetti nuovi ed insoliti, ma perchè è comparsa in circostanze interessanti ed offre aspetti e relazione con altra malattia, che pongono importanti problemi. La sua conoscenza, se non consente conclusioni sicure e definitive, può concorrere a mettere in miglior luce la questione e porta nuovi elementi, per i quali non oserei più affermare con Pontano e Trenti (*Policlinico*, Sezione pratica, numero 35, 1921) l'indipendenza etiologica del singhiozzo epidemico.

Nel dicembre 1921 si presentò anche da noi, come in quasi tutta l'Italia, una epidemia influenzale, che continua tuttora, anzi accenna a divenire più intensa.

Oltre le comuni affezioni a carico dell'apparato respiratorio, ho rilevato una percentuale notevole di forme a carico dello stomaco e dell'intestino e del sistema nervoso. Fra le sindromi intestinali e gastriche prevalgono quelle caratterizzate da accessi di vomito, talvolta d'una persistenza esasperante: ne riparlerò in seguito. Fra quelle a sindrome nervosa, ho notato, fra altro, molti casi di spasmi clonici di alcuni muscoli o gruppi muscolari, su cui richiamo l'attenzione. Ho osservato spesso che questi spasmi si manifestano in territori, che erano prima stati sede di una nevralgia. Così, a nevralgie nei vari rami del trigemino sopravvivono contrazioni fulminee, involontarie, che possono durare giorni e settimane, dei muscoli frontali, delle palpebre, degli elevatori del labbro superiore. Io stesso fui affetto da nevralgia del I ramo del V di destra, durata circa 24 ore, con minima elevazione febbrile (37°.3), fugace. Ebbene, per otto giorni fui infastidito da uno spasmo clonico dell'orbicolare delle palpebre di destra, a scosse rapidissime, che poi scomparve senza lasciare alcun postumo. Ricordo un professore di belle lettere che, in seguito a nevralgia sopraorbitale sinistra, fu per parecchi giorni tormentato da contrazioni rapidissime del frontale dello stesso lato.

I casi del genere furono numerosi, ma credo inutile fermarmi di più. Non ho mai notato però disturbi dei muscoli intrinseci dell'occhio, nè alcun altro fenomeno, che potesse richiamare l'encefalite epidemica.

Orbene, questa epidemia d'influenza, con i caratteri che ho notato, continua, senza casi molto gravi, da circa due mesi.

Improvvisamente, nel finire del gennaio u. s., dapprima ai farmacisti, poi ai medici, cominciarono a presentarsi numerose persone, tormentate da un singhiozzo che non cedeva ad alcun mezzo terapeutico, spesso non concedeva riposo alla notte e disturbava l'assunzione del cibo, anche perchè talvolta s'accompagnava al vomito.

Tutti i casi apparvero, si può dire, fulmineamente, nel corso di pochi giorni, mentre prima, pur essendo numerosissimi i casi di influenza, non se n'erano notati.

La sintomatologia non offre alcun dato nuovo e credo inutile trattarne di proposito, rimandando alla pregevole memoria di Pontano e Trenti (l. c.). Ad altri punti invece ho rivolto l'attenzione, perchè le mie osservazioni divergono alquanto da quelle dei suddetti autori.

In primo luogo confermo la curiosa preferenza del singhiozzo epidemico per il sesso maschile: come già Pisani (*Riv. crit. di Clin. Med.*, n. 14, 1920) e Pontano e Trenti (l. c.) non ho notizia di alcun caso nel sesso femminile. Il punto però su cui desidero fermarmi è quello che riguarda il periodo prodromico e le condizioni generali durante il singhiozzo.

Logre e Heuyer (*Gaz. d. Hôp.*, n. 106, 1920) affermano che all'apparire del singhiozzo precede uno stato grippale di due o tre giorni. Invece Pontano e Trenti assicurano che non ebbero a rilevare uno stato prodromico, ma che il sintoma molesto insorse in pieno benessere: inoltre raramente si accompagnò a segni di infezione (modica febbre, malessere,

ecc.). In questo appunto le mie osservazioni sono discordanti da quelle dei due ultimi autori, inquantochè non conosco caso, nella presente epidemia, in cui il singhiozzo sia insorto nello stato di benessere; anzi precedette sempre uno stato di malessere più o meno grave, più o meno durevole, stato che, per i caratteri clinici e per l'epidemia dominante, non si poteva definire altrimenti che come influenzale.

Potrei citare molti casi del genere, ma parecchi mi furono comunicati a voce dai medici comunali e di essi non possiedo la storia completa: però ho ricercato sempre ed ho pregato di ricercare l'esistenza o meno di precedenti influenzali immediati e su questo punto le ricerche e le informazioni dei colleghi sono assolutamente sicure e concordanti.

Dalla mia casistica riferisco, come esempio, in brevissimo riassunto, la storia clinica di quattro casi.

CASO I. — B. Giuseppe, a. 22, operaio, da San Vito. Racconta che per circa sei giorni ebbe senso di malessere, cefalea, febbre, algie diffuse, tosse; quadro clinico molto comune nelle forme lievi della presente epidemia influenzale. Improvvisamente, senza causa apprezzabile, insorse il singhiozzo, che è durato in complesso tre giorni, con periodi di remissione e di esacerbazione. Ora il sintoma è scomparso, lasciando nel malato solo un senso di astenia.

CASO II. — M. D., a. 29, farmacista, da San Giovanni di Casarsa. Fin dal 26 dicembre 1921 si ammalò d'influenza, con febbre alta, algie diffuse, tosse. Trascurò, per ragioni d'impiego, la malattia e fu soggeto a varie ricadute febbrili. Alla fine del gennaio u. s., fu colto da singhiozzo ostinato, che non gli dava tregua, gli impediva il riposo e lo disturbava nel lavoro; ebbe anche vomito. Le singole scosse del singhiozzo erano violente, stancavano il paziente e davano un sussulto a tutta la persona. La frequenza era molto varia: un singulto ogni 3-5 minuti ordinariamente e di tanto in tanto un accesso di scosse multiple. Periodi di remissione anche di qualche ora. Il singhiozzo scomparve dopo tre giorni senza lasciare postumi.

CASO III. — B. B., a. 26, dottore in belle lettere. Per circa cinque giorni accusò malessere, senso di freddo, algie diffuse, inappetenza, lievi elevazioni della temperatura (37°.3). Fu infastidito, durante questo periodo, da scosse cloniche multiple del muscolo frontale sinistro. Poi improvvisamente insorse singhiozzo ostinato e ribelle ad ogni cura. Le singole scosse si seguivano ritmicamente ogni minuto circa e non erano molto violente: due volte insorse vomito. Aveva periodi di remissione di qualche ora, poi il singhiozzo riprendeva durando due o tre ore. Impediva il sonno e svegliava il paziente se si fosse addormentato. Durante la presenza del molesto sintoma le condizioni generali del paziente si rimisero al normale, ritornò il benessere e l'appetito. È durato tre giorni.

CASO IV. — C. M., a. 26, impiegato, da San Vito. Dopo alcuni giorni di malessere e lievi elevazioni febbrili comparve il singhiozzo che, attraverso periodi di remissione ed esacerbazione, durò circa tre giorni. In questo come nei tre casi precedenti l'esame obbiettivo non riuscì a rilevare alcuna alterazione nei varii organi ed apparati, tranne quelle comuni nell'influenza.

Credo basti, perchè tutti i casi che potrei riferire si ripetono nelle linee generali con grande uniformità e perchè non è mia intenzione studiare il singhiozzo epidemico dal lato clinico.

Il periodo precedente la comparsa del singhiozzo è sempre occupato da un episodio influenzale: non potrei chiamarlo diversamente, benchè non possa dire di averlo dimostrato con indagini speciali. Però, il fatto che il quadro si ripete in centinaia d'individui sempre eguale, durante un'epidemia d'influenza, si aggiunga poi ad esso, oppure non s'aggiunga il singhiozzo, ci fa ritenere che la nostra diagnosi sia corretta.

Non pretendo sviscerare l'intricato problema delle relazioni fra influenza, singhiozzo epidemico ed encefalite letargica: Pontano e Trenti (l. c.) si sono affermati contro l'identità fra singhiozzo ed encefalite, con gran copia di argomenti, ed io non ho fatti per appoggiare o combattere questa opinione. Non pretendo neppure di risolvere in senso affermativo il problema dell'identità fra singhiozzo epidemico ed influenza, ma solo di richiamare l'attenzione su alcuni fatti, che danno da pensare.

Nel loro lavoro sul singhiozzo epidemico, Pontano e Trenti si esprimono così: « Non ci fermiamo a discutere il parere di coloro che pensano ad un legame tra influenza e singhiozzo epidemico: le osservazioni dello stato grippale precedente al singhiozzo è osservazione di Logre e Heuyer, non confermata dagli altri, non rispondente alla generalità delle nostre osservazioni; d'altra parte non basta una faringite o dei fenomeni catarrali, che sappiamo quanto siano comuni alle malattie da infezione, per parlare senz'altro di grippe a forma frenica! ».

Quanto alle osservazioni di Logre e Heuyer, la presente epidemia le conferma con impressionante costanza. Inoltre, il fatto che l'epidemia di singhiozzo si è rinnovata, contemporaneamente al rinnovarsi dell'influenza, ci fa domandare se veramente si tratti di una pura e semplice coincidenza.

È vero però che l'influenza può durare dei mesi e dare migliaia di casi, senza che se ne trovi uno solo di singhiozzo e che questa strana forma scoppia quasi d'improvviso e si diffonde rapidamente; è vero altresì che, come

hanno rilevato i suddetti autori, talvolta non è presente nel singhiozzo epidemico alcun sintoma che induca a pensare all'influenza.

Ma desidero far osservare, a questo proposito, un'altra particolarità della presente epidemia d'influenza. Ho avuto alcuni casi in cui, nel più completo benessere, insorse, senza ragioni apparenti, un vomito ostinato, non accompagnato da febbre o da altri segni d'infezione, che se ne andava dopo un periodo più o meno lungo di giorni, lasciando solo un certo grado d'astenia.

Casi di tal genere ne abbiamo avuti nell'ospedale e ne ho osservati in clientela privata: ne ho studiati parecchi, ma ne riassumo in breve solo due.

CASO I. — L. M., a 54, casalinga, da San Vito.

Nel più completo benessere, mentre accudiva alle faccende di casa, fu colta da un accesso di vomiti, che durò parecchi minuti e la lasciò spossata: dopo un'ora di tregua l'attacco si ripetè e così per quasi tre giorni. Durante questo periodo non ci fu neppure il minimo movimento febbrile, e lo stato generale, tranne la spossatezza consecutiva al vomito, non fu alterato. Non corizza, non faringite, non cefalea e nessuna alterazione apparente dei singoli organi ed apparati. Il vomito apparve sempre indipendente dai pasti: talvolta la paziente tratteneva anche cibi grossolani, senza disturbi, altre volte anche un sorso d'acqua era rimessa subito. Il vomito scomparve dopo tre giorni lasciando un certo grado d'astenia.

CASO II. — R. C., a. 52, contadina, da San Vito.

Nel più completo benessere è colta da vomiti che si ripetono parecchie volte nel giorno. Nessun segno d'infezione, non febbre. Il vomito andò, dopo tre giorni, attenuandosi, ma scomparve solo dopo 15 giorni.

Gli altri casi, che potrei citare, solo talmente simili a questi, che credo inutile dilungarmi.

In tutti il vomito fu l'unico sintoma e mancò ogni segno, anche minimo, d'infezione.

Faccio rilevare, ma forse è pura combinazione, che i casi di vomito ostinato li trovai tutti nelle donne. Nessuna ebbe anche singhiozzo.

Ora, possiamo noi considerare come forma a sè, distinta dall'influenza, la sindrome «*vomito ostinato*», in assenza di alcun altro segno d'infezione, quando questa sindrome insorge con grande ed insolita frequenza durante un'epidemia influenzale, la quale offre altri casi più chiari, che ad essi si collegano con una netta gradazione? Infatti, accanto a forme di vomito puro, si sono avuti dei casi accompagnati da febbre, corizza, tosse, ecc., in cui il vomito pertinace domina il quadro, ma la diagnosi di influenza si impone.

Bisognerebbe allora creare il quadro del «*vomito epidemico*», entità nosologica che farebbe sorridere i clinici, ma renderebbe perplesso chi, come me, ne ha visti molti casi, che ho potuto chiamare influenzali solo perchè manifestatisi in tempo di epidemia.

Perciò mi sono domandato se, per l'etiologia, questo *vomito epidemico* possa essere ravvicinato al *singhiozzo epidemico*. Anche in questa ultima forma, dai casi afebbrili, senza segno d'infezione, si passa per gradi a quelli con chiara sindrome influenzale e a quelli, in cui il singhiozzo appare fugacemente e non caratterizza il quadro clinico.

Ma come non credetti mai, di fronte a questi casi di vomito epidemico, di essere davanti ad una malattia nuova, così mi sembra dubbio, dopo quanto ho detto, che il singhiozzo epidemico possa essere considerato come entità nosologica a sè. Ricordo inoltre che questa singolare forma morbosa è apparsa la prima volta quasi in coda all'influenza: ed ora, riapparsa questa, anch'essa è ritornata.

Non è mia intenzione cercare di chiarire a fondo il problema, ma solo di esporre dei fatti, che devono far pensare ed imporsi, quand'anche con le nostre indagini di laboratorio non siamo ancora riusciti a trovare il germe dell'encefalite e del singhiozzo e neppure dell'influenza, nè a trasmettere questa malattia sperimentalmente, nè ci possiamo rendere scientifica ragione dei fatti stessi.

Non voglio identificare senz'altro il singhiozzo epidemico col vomito epidemico e coll'influenza, perchè non basta a ciò, quello che ho esposto: ma credo che non si possa più recisamente negare, come negarono pochi mesi fa Pontano e Trenti.

La presente epidemia ha offerto molti casi a sindrome nervosa, come ho fatto rilevare a proposito degli spasmi clonici dei muscoli mimici: quali ragioni si oppongono a pensare che possa dare anche il singhiozzo epidemico? Qualunque sia il meccanismo fisiopatologico del singhiozzo, sia pure un fenomeno molto più complesso di una semplice clonia del diaframma, non è certo più complesso del vomito, che non credo ci sia alcuno che voglia elevare a entità morbosa distinta.

Non intendo concludere oltre quello che i fatti che ho esposto concedano e non faccio vane ipotesi: perchè quanto ho detto non può ancora bastare, ma solo promuovere altri studi sul difficile problema.

Per la bibliografia rimando al lavoro di Pontano e Trenti (*Il Policlinico*, Sezione Pratica, n. 35, pag. 1163. A. 1921).

San Vito al Tagliamento (Udine), 8 febbr. 1922.

Colica epidemica apiretica. Saturnismo ?

Dott. RODOLFO D'AFFLITTO.

In Crucoli ed in Cirò, comuni della provincia di Catanzaro, ha infierito nello scorso autunno una particolare forma morbosa a carattere epidemico, che non trova raffronto nei trattati di patologia. Essa è caratterizzata da violenti dolori addominali, con sindrome di pseudo-occlusione intestinale; è sempre apiretica e si manifesta in forma epidemica, presentandosi in quasi tutti i membri di una famiglia, poco tempo dopo che è stato colpito uno di essi.

Il dolore si localizza più frequentemente al colon trasverso ed agli angoli epatico e splenico, diffondendosi a tutta la zona addominale, nonchè alle regioni lombare e renale, simulando talvolta una sindrome appendicitica, tale altra una colica epatica o renale.

La *facies* dei colpiti esprime grave sofferenza e ambascia; l'ammalato si mostra inquieto e non può tenere il letto, ma passa parecchie ore in piedi, sorretto dai parenti, o trascinandosi per le camere, attaccandosi ai mobili. Di tanto in tanto si hanno vomiti biliari o di liquidi ingeriti: talvolta lipotimia e minacce di sincope cardiaca.

L'alvo rimane ostinatamente chiuso, senza alcuna emissione di gas o di feci: nessun effetto hanno i purganti, che vengono per lo più vomitati, e nemmeno gli enteroclismi, praticati anche con la sonda rettale; i liquidi introdotti vengono espulsi senza alcuna modificazione. Nessuno o scarso effetto hanno i calmanti o qualsiasi altro rimedio che è stato tentato, l'atropina, la stricnina, l'acqua cloroformica, ecc.

L'addome rimane trattabile, senza zone di iperestesia nè di difesa: non sono stati osservati nè *facies* addominale, nè lingua arida, nè meteorismo, nè disturbi della minzione; l'ammalato è sempre apiretico.

Dopo un periodo di 6-8 giorni in cui i fenomeni vanno gradatamente aggravandosi e si mantengono all'acme, i dolori vanno scomparendo, le funzioni intestinali ritornano: si ha emissione di feci liquide o semiliquide, fetidissime, talvolta con muco. Dopo altri 8-10 giorni l'infermo entra in convalescenza, rimanendo però suscettibile di ricadute, che si osservano talora alla più piccola infrazione del regime dietetico, che deve essere liquido, prevalentemente latteo.

Tutti gli individui possono essere colpiti senza distinzione di sesso o di età: sono però risparmiati di solito i bambini, mentre vengono colti di preferenza i giovani e gli adulti, unicamente fra i contadini e gli agricoltori, risparmiando gli altri ceti.

I casi sono stati numerosissimi; parecchie centinaia a Cirò, comune di 8 mila abitanti, oltre 190 casi in Crucoli, con tendenza ad estendersi sia nel centro abitato che nelle campagne. Fortunatamente però la mortalità è nulla, e tutti gli infermi passano a guarigione dopo un periodo più o meno lungo di sofferenze: vi sono poi casi in cui si osserva il solo sintomo dolore, ed i purganti vincono facilmente la pseudo-occlusione.

Circa alle cause non si può che formulare delle ipotesi: sono da escludersi inquinamenti delle acque ed intossicazioni alimentari: manca ogni forma influenzale. È però da tenersi presente che queste contrade sono state infestate da luglio a tutto settembre da una gravissima epidemia malarica, con alto numero di perniciose, di manifestazioni dissenteriche: ed appunto quando tale epidemia era verso la fine comparvero i primi casi di colica epidemica. Contro l'origine malarica starebbe la totale assenza di periodicità degli accessi ed il nessun giovamento con l'uso della chinina. È però da tenere presente che pur non mancando qualche caso di colica epidemica fra persone non malariche, la maggior parte dei colpiti sono malarici, con infezione sia latente, sia manifesta.

Dal complesso delle osservazioni, credo di poter affermare che trattasi di una malattia infettiva epidemica prodotta da un elemento ignoto tossico-infettivo, che, localizzandosi sul plesso celiaco o solare, dà le manifestazioni dolorose addominali che caratterizzano la malattia.

Eziologia, patogenesi e terapia rimangono però tuttora oscure davanti ai fatti clinici rilevati, che non trovano riscontro in altre precedenti osservazioni.

Crucoli, 30 novembre 1921.

In una comunicazione successiva a questa nota, il dott. D'Afflitto aggiunge ulteriori osservazioni. Il carattere della malattia è andato modificandosi: il decorso si è fatto più lungo, fino a 2-3 mesi, si sono aggiunti sintomi vescicali, tenesmo, dolori, pollachiuria. In quasi tutti i casi si è osservato un alone bluastro al colletto gengivale ed anche macchie bluastro-plumbee sulla mucosa delle labbra e delle guance in corrispondenza delle arcate dentarie, alito fetido. In diversi casi anche artralgie, mialgie, paresi agli arti inferiori.

Il dott. D'Afflitto discute quindi la diagno-

si di influenza e di saturnismo, facendo notare che di quest'ultimo la forma da lui osservata presenta molti sintomi caratteristici; però gli esami del sangue, la ricerca del piombo nell'urina (in 2 casi) riuscirono negativi, e d'altra parte non si riesce a trovare il momento etiologico di tale saturnismo, tanto più che la forma morbosa osservata colpisce soltanto gli agricoltori ed i contadini, rispettando operai ed altri individui che dimorano come quelli nel centro abitato, e che fanno uso degli stessi recipienti, che, se stagnati con leghe ad alto contenuto di piombo, potrebbero essere la causa della intossicazione. Il quadro morboso si è fatto più complesso, ma la sua interpretazione rimane sempre avvolta nell'oscurità.

Da ricerche più minuziose, fatte in seguito, si venne poi a conoscere che quasi tutte le famiglie dei colpiti usavano per la panificazione domestica la farina proveniente da un mulino in cui gli incavi delle pietre da macina venivano colmati di tanto in tanto versandovi del piombo fuso: pezzetti di piombo vennero altresì trovati nei sacchi della farina usata dalle famiglie dei colpiti. Nessuna delle famiglie che mandavano altrove a macinare il loro grano venne mai colpita dalle coliche descritte, le quali sono scomparse da quando si provvide ad eliminare il piombo dalle pietre da macina.

Rimane così accertato che la causa di tale malattia comparsa in forma epidemica è da attribuirsi ad avvelenamento da piombo, e si aggiunge alle numerose sorgenti di intossicazione saturnina un'altra sin qui insospettata.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. AGENORE ZERI.

Su un nuovo apparecchio per la determinazione dell'urea nel sangue

per LUIGI CONDORELLI, allievo interno.

Benchè la ricerca dell'urea nel sangue con il metodo dell'ipobromito sia tutt'altro che esatta, tuttavia essa rimane in clinica una delle ricerche più usuali.

La determinazione dell'uretra con lo zantidrol, che sarebbe il metodo più esatto, non è entrata, nell'uso corrente della clinica, e forse mai vi entrerà, perchè è poco pratica. Lo stesso dicasi per il metodo dell'ureasi.

Forse più pratico di questi due metodi è il micrometodo Bang, che noi spesso usiamo. Con questo metodo si à il vantaggio di lavorare su un decimo di cm³. di sangue. Ma il micrometodo Bang richiede un armamentario speciale ed una tecnica delicata, non alla portata di tutti.

D'altra parte, benchè più preciso del metodo dell'ipobromito, presenta anche esso cause d'errore: per es. lo N della lecitina, che è insieme con l'urea estratta dalla miscela di alcool ed etere, passa con questo metodo come N ureico.

Nell'uso corrente della clinica, per chi ancora studia l'azotomia ricercando l'urea e non l'N I (azoto incoagulabile), e per chi ancora determina la costante di Ambard, la determinazione dell'urea del sangue con l'ipobromito rimane il metodo d'elezione.

L'apparecchio più adoperato in clinica è quello di Yvon a tutti noto, e che à l'inconveniente di richiedere una notevole quantità di sangue per eseguire la determinazione (6 cmc. di siero), cosa poco comoda, specialmente per chi deve eseguire determinazione in serie.

È anche discretamente usato l'apparecchio di Oliveri, che al difetto di essere carissimo, aggiunge quello di essere molto complicato, difficilmente pulibile, ed imperfetto: in quanto, parte dell'apparecchio sta immerso nell'acqua, parte no, ragione per la quale non si sa a quale temperatura riferirsi nella lettura dei risultati. L'apparecchio di Olivieri à però il pregio di richiedere per la determinazione un solo cm³ di siero.

L'apparecchio da me costruito, credo che sia molto pratico, perchè mentre è di una semplicità straordinaria, d'altra parte non richiede che un cm³ di siero.

Descrivo succintamente l'apparecchio.

L'apparecchio è costituito da una boccettina a collo piuttosto largo, del diametro di 4-5 cm. e della lunghezza di 8-9 cm., chiusa da un tappo di vetro smerigliato a tenuta perfetta, e munito di una tubulatura verticale.

La tubulatura possiede una via laterale chiudibile con rubinetto. La tubulatura per mezzo di un tubo di gomma lungo 20 cm., è connessa con una pipetta da un cm. graduata al centesimo. La pipetta pesca in un cilindro di vetro pieno di acqua distillata. La pipetta è mantenuta nella posizione voluta da una pinza a vite fissata ad un sostegno; la boccettina è fissata allo stesso sostegno mediante altra pinza e mantenuta allo stesso livello dell'estremità superiore della pipetta.

L'apparecchio è completato da un tubo di 6 cm. di altezza e di 1 cm. di diametro, che con una pinza possa essere agevolmente introdotto nella boccettina.

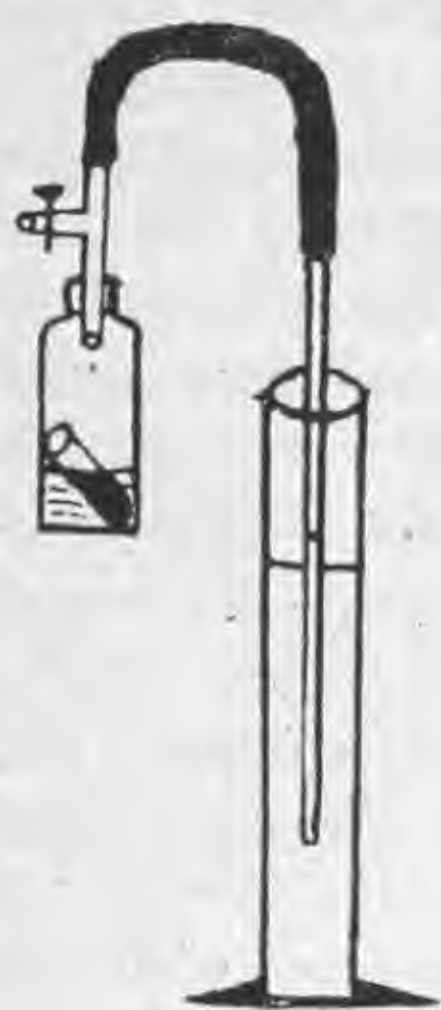



Figura schematica dello apparecchio messo in equilibrio di pressione prima dello scuotimento: il livello del liquido nell' interno della pipetta è più alto che nel cilindro.

Maniera di eseguire la determinazione.

Si versano nella boccettina una diecina di cm. di ipobromito e si introduce cautamente il tubettino in cui vi sono 2 cmc. di miscela di siero di sangue ed acido tricloracetico al 20 %, filtrato e perfettamente limpido (1). Il tubo, se è sufficientemente lungo, rimarrà appoggiato alle pareti della provetta, ed il suo contenuto non verrà a contatto con l'ipobromito.

Si chiude la boccetta con il tappo tenendo la tubulaura laterale aperta, e quindi si innalza od abbassa la pipetta finchè il liquido nel suo interno arrivi a O.

Naturalmente, il livello del liquido nel cilindro, sarà sempre più basso che nell'interno della pipetta, perchè in questa agisce la forza di capillarità. Si noti di quanto il livello del liquido nell'interno della pipetta è più altro che nel cilindro: ciò può facilmente constatarsi, giacchè la pipetta è graduata. Se, p. es., a tubulatura aperta, e quindi a perfetto equilibrio tra pressione interna dell'apparecchio e pressione atmosferica, quando il livello del liquido nell'interno della pipetta è uguale a 0, all'esterno arriva 0,05, significa che la forza di capillarità della pipetta è tale da fare rimontare il liquido di 5 divisioni di un centesimo.

Di questo noi dobbiamo tenere conto perchè, quando si fa la lettura, per ristabilire esattamente l'equilibrio tra la pressione interna e la pressione esterna, dobbiamo innalzare la pipetta in maniera che il liquido nel suo interno sia di cinque divisioni di un centesimo al disopra del livello esterno del liquido.

Aggiustata la pipetta in modo che il liquido sia a zero, si chiude la via laterale e si agita la boccettina in maniera che il liquido contenuto nel tubetto si mescoli coll'ipobromito. Quando non si vedono formare più bolle di gas, si solleva la pipetta in maniera che il livello interno del liquido sia superiore al livello esterno di quanto già precedentemente era stato calcolato; quindi si fa la lettura. Naturalmente anche con questo metodo bisogna fare le necessarie correzioni di temperatura e pressione.

Credo che questo apparecchio sia quello che di più semplice e comodo si possa avere, mentre nello stesso tempo è preciso.

(1) La determinazione si può eseguire anche con 1 cmc. di miscela, in questo caso i valori ottenuti debbono essere raddoppiati per calcolare l'urea per litro di sangue.

Gradi centigradi

C. C.	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	19°	20°
0.1	0.2602	0.2594	0.2586	0.2578	0.2570	0.2562	0 2554	0 2546	0.2538	0.2530	0.2522
0.2	0.5204	0.5188	0.5172	0.5156	0.5140	0.5124	0 5108	0.5092	0.5076	0.5060	0.5044
0.3	0.7806	0.7782	0.7758	0.7734	0.7710	0.7686	0.7662	0.7638	0.7614	0.7590	0.7566
0.4	1.0408	1.0376	1.0344	1.0312	1.0280	1.0248	1.0216	1.0184	1.0152	1.0120	1.0088
0.5	1.3010	1.2970	1.2530	1.2890	1.2950	1.2810	1 2[illegible]70	1.2730	1.2690	1.2650	1.2610
0.6	1.5612	1.5564	1,5516	1 5468	1.5420	1.5372	1.5324	1.5276	1.5228	1.5380	1.5132
0.7	1.8214	1.8158	1.8102	1.8046	1.7990	1.7934	1.7878	1.7822	1.7766	0.7710	1.7654
0.8	2.0816	2.0752	2.0688	2.0624	2.0560	2.0496	2.0432	2.0368	2.0304	2.0240	2.0176
0.9	2.3418	2.3346	2.3274	2.3[illegible]02	2.3130	2.3058	2.2986	2.2914	2.2842	2.2790	2.2698

Nell'uso dell'apparecchio, bisogna avere alcuni accorgimenti:

1° evitare che nella stanza vi siano correnti d'aria calda o fredda, perchè la temperatura sia uniforme;

2° Il cilindro, in cui pesca la pipetta, deve stare sempre pieno di acqua distillata, che assume così la temperatura ambiente.

Per comodità degli studiosi credo utile aggiungere una tavola per il calcolo dell'urea dal volume di gas ottenuto.

Per l'uso della tavola si fa in questo modo: per i decimi di cc. di gas sviluppato i valori corrispondenti si leggono direttamente sulla tabella; per i centesimi vale lo stesso valore che per i decimi, se si sposta la virgola di una cifra a sinistra. Dalla somma dei valori così trovati si ottiene il valore totale.

Se per esempio si ottiene uno sviluppo di 0,56 cc. di gas a 12°, il valore dell'urea per litro di sangue espresso in grammi sarà:

cc. 0.5 a 12° - 1,2530;

cc. 0,06 a 12° - 0,15516;

Urea per mille - 1,40816.

I sensi della più viva gratitudine al mio maestro prof. A. Zeri che mi è guida illuminata ed amorosa in queste ricerche.

Roma, gennaio 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Vecchie e nuove conoscenze sull'immunità.

(LUDVIG HEKTOEN. *The Journal of the American Medical Association*, 17 dicembre 1921).

Tutta l'immunologia può cronologicamente dividersi in due periodi, il premicrobico e il microbico o moderno.

Mitridate, per rendersi immune dai danni di ogni sorta di veleni, fece uso del cosidetto antidoto, contenente, fra altri ingredienti, carne di vipera e sangue di anatra, l'una perchè usata come veleno delle frecce, l'altro perchè credevasi che l'anatra fosse un animale resistente ai veleni. Il primo esempio di immunità attiva e passiva.

Più tardi i Cinesi, avendo osservato che chi aveva già sofferto di un attacco di vaiuolo veniva ad essere immune da altri attacchi del genere, inocularono il vaiuolo nelle narici. Furono poi i Turchi nel secolo XVIII a inocularlo per primi sotto cute servendosi della punta di un sottile ago.

Nel frattempo Sydenham, fondatore della moderna nosografia, stabiliva per mezzo dell'osservazione clinica il grande principio che le malattie differiscono tra loro per il corso, per i sintomi e pel modo di diffondersi, ed affermava che in tutte le affezioni acute e in maggior parte delle croniche, dovesse esservi qualcosa di peculiare, « qualcosa di divino », che mai poteva apprendersi all'esame del cadavere. Thomas Fuller nel 1739 affermava che l'immunità delle malattie infettive acute fosse specifica e in questa nozione già spuntava l'idea delle inoculazioni protettive. Nel 1758 Home, scozzese, proponeva d'imitare il procedimento dei Turchi allo scopo di mitigare il vaiuolo; venivano compiuti nello stesso tempo tentativi di inoculazione della peste, ed Erasmus Darwin esortava ad insegnare all'umanità l'inoculazione preventiva di tale terribile malattia. Verso la fine del secolo XVIII Jenner osservava che non contraeva il vaiolo chi aveva avuto la pustola vaccinica; e l'intuizione lo portava a scoprire un mezzo innocuo, quanto meravigliosamente efficace, per prevenire il vaiuolo!

L'ottantennio successivo non diede importanti scoperte nel campo dell'immunologia. Jenner e Bryce soltanto ebbero il merito di aver dimostrato luminosamente che l'immunità vaiuolosa vaccinica è associata a un cambiamento definitivo nel modo col quale l'organismo reagisce al virus specifico vaiuoloso. Jenner nel 1793, dopo avere inoculato del materiale vaiuoloso in una donna che aveva avuto pustola vaccinica 31 anno prima, osservò che: « presto intorno al punto d'inoculazione appariva un'efflorescenza di colorito rosso-pallido che si estendeva per poi scomparire in pochi giorni senza produrre alcun sintomo vaiuoloso ». Jenner, così commenta: « È notevole che il materiale vaiuoloso, allorchè l'organismo è disposto ad opporglisi, susciti un'infiammazione nella parte ove viene applicato più rapidamente di quando produce il vaiuolo. Con ciò si rende senz'altro possibile un criterio col quale determinare se l'infezione attecchirà o no. Sembra come se un cambiamento persistente durante la vita si sia prodotto nell'azione e nella disposizione ad agire dei vasi della pelle; ed è pure notevole che allorchè questo cambiamento viene prodotto dal vaiuolo o dalla pustola vaccinica, all'applicazione del materiale vaiuoloso la disposizione all'infiammarsi repentino della cute sia la stessa ». Così Jenner nella sua *Indagine sulle cause e gli effetti del vaiuolo*, che costituisce la prima descrizione del cambiamento specifico nella facoltà di reagire che accompagna l'immunità: quest'osservazione rimase del tutto dimenticata fino a che v. Pirquet nel 1902, indipendentemente, tornò a scoprire il fenomeno dando alla condizione speciale il nome di allergia.

Con Pasteur, 80 anni dopo Jenner, l'immunità venne a compiere progressi notevolissimi. Come è noto a lui devesi la dimostrazione che il colera dei polli e l'antrace potevano prevenirsi mediante l'iniezione di colture attenuate di batteri provocatori di tali malattie e parimente che l'idrofobia, anche dopo avvenuta l'infezione, poteva prevenirsi coll'iniezione di virus attenuato.

Poche diecine di anni prima si aveva fede ancora nell'efficacia del cosidetto trattamento isopatico nel vaiuolo, nel cancro e in diverse affezioni epatiche, consistente nella somministrazione di rimedi autogeni per bocca costituiti da estratti di materiale vaiuoloso (variolina), canceroso (cancroina), di fegato ammalato (epatina), ecc.

Sullo scorcio del periodo premicrobico lo sviluppo acquistato dalla nosografia, colla distinzione di nuove entità morbose, fino allora confuse insieme, e il fondarsi dell'idea della specificità morbosa, avvantaggiarono di molto lo studio dell'immunità, preparando altresì il terreno ai nuovi progressi che, per opera sopratutto del grande Pasteur, vennero poco dopo a compiersi nel campo immunologico. E una luce meravigliosa appare nel cuore stesso del problema col rovescio della teoria della generazione spontanea e la scoperta dei più frequenti fattori specifici di malattia.

Il periodo microbico o moderno dell'immunologia si inizia con le memorabili dimostrazioni di Pasteur sulla immunità specifica prodotta coll'iniezione degli agenti provocatori di malattie infettive ottenuti artificialmente o modificati sì da divenire innocui. Pasteur stesso considerò tale lavoro come uno sforzo verso un ulteriore progresso sulla via già tracciata da Jenner, proponendo che tali procedimenti fossero chiamati vaccinazioni, e il materiale iniettato, vaccini.

In tal modo coll'avvento della microbiologia e delle vaccinazioni fu reso possibile lo studio comparativo e sperimentale del meccanismo e della cura dell'infezione e dell'immunità naturale o acquisita. Ma subito ci si accorse che non tutti i problemi fondamentali nell'etiologia infettiva venivano risolti colla scoperta dell'agente specifico; poichè restava ancora da spiegare il disturbo della normale funzione e struttura causato dalla penetrazione dell'agente infettivo e così pure la guarigione e la susseguente immunità. Furono allora distinte due forme principali di immunità: la antitossica e la antibatterica; la prima associata alla formazione delle antitossine specifiche, la seconda, invece, alla formazione di varie altre sostanze di natura complessa, e ancora in parte non del tutto definita, prodotte dalle cellule del corpo immunizzato, le antitossine, le opsonine, gli ambocettori o corpi immuni. Di più venne dimostrato come, associate con stati di immunità più o meno marcati, debbono considerarsi delle condizioni e delle sostanze producenti reazioni varie o specifiche, quali l'agglutinazione, la precipitazione, la fissazione del complemento e le reazioni cutanee delle quali molte vennero messe a servizio di quelle prove diagnostiche ora divenute di così largo uso quotidiano. E venne pure trovato che le diverse reazioni immunitarie non debbono considerarsi legate soltanto agli agenti infettivi e ai loro prodotti, ma possono bensì essere determinate da una grande varietà di sostanze proteiche sia innocue che primariamente tossiche, introdotte come tali nell'organismo. Tali sostanze, descritte col termine di antigeni, possono produrre lo sviluppo di reazioni diverse ma ognora specifiche che servono a rivelare la loro stessa presenza. A queste reazioni, come è noto, debbono ascriversi la malattia da siero, l'emolisi specifica di corpuscoli sanguigni, la precipitazione e la deviazione del complemento, come pure i fenomeni di allergia ed anafilassi.

L'A. nota come in un individuo influenzato dalla penetrazione nel corpo di un antigeno, sia infettivo che non infettivo, avvengono delle modificazioni e come in tale stato possa rimanere fino alla scomparsa di ogni traccia di antigeno. Le modificazioni possono manifestarsi in varii modi: interessante, a tal riguardo, è ciò che si verifica nel soggetto immunizzato per le reinfezioni: in esso queste ultime possono assumere un decorso diverso o più o meno atipico e l'esempio migliore ce ne viene forse offerto dalla vaioloide, sebbene anche altre reinfezioni presentino delle caratteristiche vere e proprie; così quella gonococcica e quella tifosa, mentre nella sifilide, stante difficoltà tecniche, lo studio dell'effetto dei varii gradi di immunizzazione prodotti dalla spirocheta non è stato ancora possibile, ma dovrà certo dare in seguito risultati preziosi e interessanti.

Le malattie prodotte nell'uomo dall'introduzione di antigeni non infettivi, e nelle quali debbono avere parte importante le reazioni antigeno-anticorpo, comprendono la malattia da siero, la febbre da fieno, alcune forme di asma, alcune manifestazioni cutanee e le cosidette idiosincrasie alimentari. È certo però che su tali speciali condizioni debbono influire altri meccanismi, fra i quali è lecito supporre

quelli dell'allergia, dell'anafilassi e di un'abnorme reattività legata bene spesso a cause ereditarie.

Ad ogni modo devesi ammettere quale principio cardinale che un determinato antigeno produce nell'organismo la formazione di anticorpi specifici e tali da agire soltanto su quel determinato antigeno.

Non vi è dubbio che tale specificità immunologica debba ritenersi legata a una speciale affinità chimica; che cioè debba anche esistere una vera e propria specificità chimica di cui per altro ben poco tuttora sappiamo.

L'affermarsi dei metodi e dei principii immunitarii divenne realmente prezioso per lo sviluppo della nosografia scientifica e delle cure specifiche: con esso fu reso possibile lo stabilire i rapporti tra le varietà microbiche e le diverse malattie infettive sulla base della specificità delle reazioni tra antigene ed anticorpo e la scoperta, per mezzo di tali reazioni, di differenze nelle proteine costituenti, permise altresì di stabilire differenze in mezzo a importanti gruppi batterici dapprima creduti omogenei. Così, ad es., si è accertato che la meningite epidemica può essere associata a differenti specie di meningococchi, che i pneumococchi comprendono quattro gruppi principali, ciascuno distinto dal lato dell'immunità; e in egual modo per altri agenti infettivi, quali il gonococco, il bacillo difterico e dell'influenza, compresi in gruppi di antigeni più o meno bene definiti.

A questo punto l'A. ritiene opportuno soffermarsi più particolarmente sul gruppo degli streptococchi da molti considerato il più vasto dei batteri patogeni. Ricordato il cospicuo numero di malattie del quale detti germi costituiscono l'agente etiologico o un reperto costante, egli pone due importanti questioni, e cioè: 1ª se debbasi ritenere responsabile di tutte queste diverse infezioni un solo streptococco, o si abbia invece a che fare con un gruppo di distinti organismi. Accennato a tal proposito che fin dal 1903 gli streptococchi sono stati divisi in emolitici e non emolitici, egli passa alla 2ª questione domandandosi se esistano specie differenti di streptococchi emolitici e non emolitici.

Per i non emolitici che con tanta frequenza si riscontrano nel reumatismo, in alcune forme di endocardite, nel morbillo, nella poliomielite epidemica, nell'influenza, nella corea e probabilmente anche nella encefalite epidemica, le reazioni immunitarie hanno dimostrato esservi delle varietà distinte e tutto tende a far credere che il gruppo non sia omogeneo, ma piuttosto costituito da un numero di varietà tale da offrire vasto ed importante campo ad ulteriori ricerche.

Per gli emolitici che trovansi quasi costantemente nelle cripte tonsillari, pronti ad avvantaggiarsi di ogni opportunità per invadere il corpo, aumentando la loro virulenza, l'A. rammenta come recentemente è stato possibile dimostrare per mezzo delle reazioni immunitarie che il loro gruppo non è omogeneo e che gli streptococchi della scarlattina e dell'eresipela debbono considerarsi come bene individuati, cioè specifici, e separabili sia tra di loro che dagli altri streptococchi emolitici.

È facile intendere come tali importanti differenziazioni abbiano aperto la via ad ulteriori progressi nel campo della moderna epidemiologia, della nosografia, della diagnostica e della terapia delle infezioni streptococciche. L'A. termina mostrandosi fiducioso di aver reso chiaro come, per virtù delle reazioni specifiche tra proteine e anticorpi, emerga l'essenza dell'immunità e siano stati ottenuti risultati promettenti nel campo delle infezioni streptococciche, tali da ampliare la stessa storia delle malattie e l'arte della medicina.

M. AGOSTINI.

SEMIOTICA.

Valore semeiologico dell'esoftalmo.

(Dott. F. TERRIEU. *Paris Médical*, 14 genn. 1922).

È necessario distinguere l'esoftalmo vero che riconosce sempre un'origine patologica dal pseudoesoftalmo, il quale si può avere nella miopia, nel glaucoma infantile, nella paralisi dell'orbicolare delle palpebre ed anche per stasi venosa retroorbitaria.

Si debbono distinguere due grandi varietà di esoftalmo per quel che riguarda la direzione: l'esoftalmo diretto e l'esoftalmo obliquo. Nel diretto il globo oculare è spinto direttamente all'innanzi e questo è spesso la conseguenza di un tumore del nervo ottico: nell'esoftalmo obliquo il globo è respinto lateralmente e la causa più comune è un tumore della parete dell'orbita o delle cavità vicine. Il globo è respinto dal lato opposto a quello in cui ha sede il tumore.

L'esoftalmo può essere riducibile o no, e se riducibile, la riduzione talvolta è dolorosa. Lo spostamento dell'occhio porta con sè una diplopia che varia secondo lo spostamento stesso: però la diplopia può passare inosservata sia per alterazioni concomitanti del fondo dell'occhio, sia perchè il paziente facilmente riesce a neutralizzare l'imagine falsa: infatti questa è portata in una parte assai eccentrica del

campo visivo data la forte deviazione del globo e viene più facilmente neutralizzata appunto perchè più imprecisa. Ecco perchè le diplopie più noiose sono quelle che si osservano nelle paralisi di grado leggero.

L'esame oftalmoscopico ha una grandissima importanza permettendo di rivelare disturbi della circolazione venosa, stasi della papilla, nevrite ottica, emorragie retiniche. Si sono notate anche alterazioni della rifrazione: miopia ed ipermetropia.

Nei casi di esoftalmo molto pronunciato la impossibilità di chiudere le palpebre è causa frequente di cheratite, di ulcere corneali che finiscono con una perforazione e la panoftalmite.

Le cause dell'esoftalmo possono dividersi in due grandi varietà:

1° esoftalmo consecutivo a un rilasciamento muscolare dei quattro muscoli retti che hanno la funzione di trarre il globo oculare verso l'apice della cavità orbitale;

2° esoftalmo condizionato dallo stato anatomico della regione.

Il primo è un esoftalmo di ordine generale quasi sempre bilaterale, e può essere suddiviso in tre categorie:

a) esoftalmo nervoso paralitico, che è una conseguenza del rilasciamento di tono di tutti i muscoli estrinseci del globo oculare in seguito alla paralisi dei nervi motori dell'occhio;

b) esoftalmo per eccitazione del simpatico cervicale, che è accompagnato da dilatazione della pupilla e da ingrandimento della rima palpebrale e che può essere dovuto a parecchie cause, quali la compressione del nervo da un neoplasma della tiroide o da adeniti cervicali;

c) esoftalmo del morbo di Basedow che è sempre diretto e riducibile, che si riproduce però appena cessata la pressione sul globo oculare. Dei tre sintomi cardinali del morbo di Basedow: gozzo, tachicardia, esoftalmo, l'esoftalmo è il meno frequente mancando nel 20 % dei casi.

L'esoftalmo condizionato dallo stato anatomico della regione può dipendere:

o da una diminuzione della capacità orbitaria, per es.: per un rientramento della parete orbitaria causato da un'affezione dei seni vicini;

oppure da un aumento della massa del contenuto dell'orbita: è questa la causa più frequente dell'esoftalmo unilaterale, e a seconda che sia determinata o no da un processo flogistico può suddividersi in esoftalmo infiammatorio ed esoftalmo non infiammatorio.

L'esoftalmo infiammatorio è dovuto raramente ad una infiammazione della capsula di Tenon, più frequentemente ad una periostite acuta o cronica della parete orbitaria. La periostite acuta è causata dai comuni piogeni: la cronica è di natura tubercolare o sifilitica e assai di rado actinomicotica o sporotricotica. Le periostiti tubercolare e sifilitica si localizzano di preferenza sull'orlo orbitario ed allora non danno esoftalmo; quando invece il processo di flogosi colpisce il periostio della parete orbitaria, la propulsione dell'occhio è il primo sintomo e il più importante e si accompagna a diplopia, a limitazioni dei movimenti oculari, a spostamento del globo dal lato opposto a quello della parete infiammata. È facile scambiare la periostite cronica con un neoplasma; la sensibilità alla pressione è un buon criterio di diagnosi differenziale.

L'esoftalmo infiammatorio si può avere anche in seguito ad affezioni flogistiche delle cavità vicine e in seguito a trombosi del seno cavernoso: questa è la più grave delle complicazioni infettive dell'orbita ed è caratterizzata da manifestazioni cerebrali imponenti con esito costantemente letale.

L'esoftalmo non infiammatorio riconosce per causa:

1° l'enfisema dell'orbita per penetrazione dell'aria nel tessuto cellulare dell'orbita: l'enfisema appare in seguito a frattura delle pareti dell'orbita. L'affezione si riconosce alla sonorità, alla percussione delle palpebre anch'esse infiltrate di aria e alla crepitazione come di neve che produce la pressione sul tessuto tumefatto;

2° i neoplasmi dell'orbita: l'esoftalmo è il primo sintomo a presentarsi: il suo sviluppo è lento ma progressivo: la direzione è generalmente obliqua.

L'esoftalmo riducibile è proprio dei tumori vascolari: l'irreducibile è proprio dei tumori solidi. Altri sintomi importanti del neoplasma dell'orbita sono: la diminuzione dei movimenti del globo oculare sia per causa meccanica, sia per un'alterazione dei muscoli o dei nervi motori dell'occhio; le alterazioni del nervo ottico compresso dal tumore, i disturbi di refrazione, l'edema delle palpebre e la dilatazione delle vene dell'orbita. Come complicazioni frequenti si sviluppano poi la cheratite o la cancrena del globo.

I tumori benigni più frequenti sono i tumori cistici.

Una forma particolare di esoftalmo non infiammatorio è l'esoftalmo pulsatile, dovuto a tumori vascolari o meglio ad aneurismi arterovenosi per la rottura spontanea o traumatica

della arteria carotide nel seno cavernoso. Il globo oculare è deviato in basso e all'esterno e sporgente; è sede di pulsazioni isocrone col polso accompagnate da quel fremito vibratorio che è caratteristico degli aneurismi artero-venosi e che va sotto il nome di *thrill*. All'ascoltazione esiste un rumore di soffio continuo, avvertito dal paziente come un rumore incessante di macchina a vapore e questa sensazione arreca un disturbo notevole, è assai molesta. L'affezione si accompagna spesso a paralisi dei muscoli motori dell'occhio, specie del retto esterno, ptosi, diplopia.

Come cura la legatura della carotide ha dato degli ottimi risultati con una discreta percentuale di guarigioni complete e una notevole percentuale di miglioramenti.

MEDICINA.

Endocardite lenta.

(GESSLER. *Medizinische Klinik*, n. 49, 1921).

Il quadro morboso dell'endocardite lenta è stato frequentemente descritto in questi ultimi anni, pur tuttavia la diagnosi molto spesso si sbaglia. E contro il vecchio criterio di poca frequenza, stanno le 33 osservazioni che in meno di due anni l'autore ha potuto fare nella Clinica medica di Heidelberg. Spesso il quadro caratteristico della malattia non è conosciuto e talora può essere nascosto dalle complicazioni.

La endocardite lenta ha il seguente decorso, già magistralmente descritto da Heubner, Litten, Lenhartz e Schottmüller; quasi generalmente in individui che hanno un'insufficienza valvolare per pregressa poliartrite ed endocardite, si presenta debolezza e inappetenza; vertigini, cefalea; tachicardia e dispnea insorgono facilmente nel compiere i più piccoli sforzi che prima, pur esistendo il vizio valvolare, non determinavano alcun disturbo. Se compaiono fugaci tumefazioni delle articolazioni o dolori in esse, il medico facilmente riporta tutto il quadro ad una leggera recidiva della vecchia poliartrite.

Spesso, per lo stato di debolezza, i malati in questo periodo vengono ritenuti dei semplici neurastenici: ma un'osservazione attenta dimostra chiaramente che questi malati sono intensamente pallidi e l'esame del loro sangue fa vedere l'esistenza di un'anemia secondaria. Sempre è presente un manifesto *tumore di milza*, tumore grande e duro, al contrario di quello delle comuni sepsi. Mancano segni di insufficienza da parte del cuore. La temperatura dà irregolari elevazioni non molto alte o manca del tutto.

In queste condizioni gli ammalati seguitano ad andare al loro lavoro sino a che i disturbi a carico del cuore, e la progressiva diminuzione della forza corporea, li costringe in letto. L'anemia progredisce ed è aggravata dalla comparsa di una *nefrite emorragica* con forte ematuria non rara. Abitualmente gli ammalati muoiono coi segni di un'insufficienza cardiaca, se non interviene una polmonite come quadro terminale. La durata della malattia è di alcune settimane, sino a 2-3 anni.

Questo è il quadro dell'endocardite lenta, quadro che può subire notevoli modificazioni per parte delle numerosissime complicazioni che possono insorgere. In particolar modo vanno riguardate come complicazioni frequentissime le embolie, che possono verificarsi nei più svariati organi: e così insulti apoplettici, infarti emorragici del polmone, infarti dei reni, della milza, embolie nella pelle e nei grossi vasi. Il reperto anatomo-patologico è una endocardite ulcerosa quasi esclusivamente del cuore sinistro, con straordinarie vegetazioni e distruzioni delle valvole, fatti che permettono di comprendere l'enorme frequenza delle embolie.

Nella milza, nella maggior parte dei casi ingrandita, si osservano cicatrici d'infarti anemici, vicino a recenti infarti anemici: nel rene spesso si riconoscono infarti, o i segni di una nefrita embolica a focolaio o una glomerulonefrite diffusa.

Dei 33 casi osservati dall'A., 14 morirono in Clinica e furono sezionati. Non tutti i casi però presentarono un decorso simile a quello classico ricordato. Schottmüller dà grande valore alla pregressa poliartrite della maggior parte dei malati e al vizio cardiaco residuato. Quasi tutti gli autori sono concordi su questo punto. Nei 33 casi in esame, solo 7 si ricordavano di aver avuto una poliartrite, e solo uno sapeva di avere da lungo tempo un vizio cardiaco.

Però, scorrendo la letteratura, sorge chiara l'idea come la maggior parte di queste pregresse poliartriti non siano altro che i primi segni della endocardite, che si sa che non raramente comincia con tumefazione e dolore delle articolazioni. Ben cinque volte l'autore stesso vide tumefazioni articolari quali primi sintomi, e mentre una osservazione superficiale portava a riferirle ad una poliartrite, l'osservazione accurata e i metodi di ricerca e di esame appropriati ne scoprirono la vera causa. Nei 14 casi dei quali fu praticata l'autopsia si riscontrò una sola volta la lesione isolata della mitrale, 2 volte quella sola dell'aorta, e 11 volte di ambedue le valvole. Negli

altri 19 casi osservati solo clinicamente, 6 volte si è riscontrata una insufficienza aortica pura, una volta un solo vizio mitrale, e 12 volte la combinazione aorta-mitrale con netto predominio del vizio aortico.

Si può dire, insieme a Kastner e Jungmann, che nei giovani che hanno avuto una poliartrite, e nei quali v'è un'insufficienza aortica, se non è in causa la *lues*, molto probabilmente lo è un'endocardite lenta.

Disturbi cerebrali per embolia avvengono frequentemente, e difficili nella diagnosi sono quei casi che iniziano con una tale sintomatologia. Heubner già ne aveva descritto un caso, e l'autore ne ricorda alcuni iniziati in modo molto strano: un paziente, in una passeggiata in bicicletta, senza una causa esterna, cadde: quando fu soccorso presentava una emiplegia con afasia; un altro, mentre compiva degli esercizi sulle parallele, cadde e presentò subito un'emiplegia con afasia; un altro per alcuni giorni presentò febbre, tumefazione delle articolazioni, e poi una serie di insulti apoplettici, per i quali in breve tempo morì.

Vario è il decorso e l'esito di questi disturbi cerebrali. In alcuni si trovano focolai di rammollimento cerebrale: in uno, oltre numerosi rammollimenti, si riscontrò all'autopsia una pachimeningite emorragica. Talora questi insulti sono fugaci. Una volta sola l'autore ha osservato, come manifestazione iniziale della malattia, un'embolia parziale dell'arteria centrale della retina. Il p. giocava a carte quando improvvisamente fu colto da gravi disturbi visivi.

Molto interessante è il decorso presentato da un ammalato: mentre si trovava al ricevimento di un matrimonio, fu colpito da cefalea, giramenti di testa e vomito. Dopo alcuni giorni comparvero segni di meningite: cefalea, febbre, rigidità della nuca. La puntura lombare diede esito a liquor lievemente colorato da sangue, ma senza altre particolari alterazioni. Ricoverato in Clinica gli fu riscontrata un'insufficienza aortica, che il p. ignorava: non aveva avuto poliartrite, non v'era *lues*. Dopo alcuni giorni il p. si sentì bene e tornò a casa, ma molte settimane non erano ancora trascorse che dovette di nuovo ricoverare in Clinica, questa volta coi segni certi di una endocardite lenta, e allora si rischiararono i sintomi meningei che aveva presentato, quasi senza dubbio in rapporto a una piccola emorragia ventricolare. Anche Schottmüller ha descritto un caso analogo.

Rispetto al rene, solo in stadi avanzati della malattia appare una vera nefrite, dicono gli autori; però una regolare e metodica analisi delle urine mostra i segni di una nefrite già abbastanza per tempo. Ma i segni della lesione renale non sono costanti: un giorno v'è una notevole quantità di albumina, il giorno seguente può esser quasi scomparsa, per presentarsi di nuovo in forte quantità nei giorni successivi; parallelo al reperto dell'albumina è quello del sangue nelle urine.

Frequente è l'osservare la presenza di spiccata ematuria dopo forti dolori alle regioni lombari, indici questi di avvenuti infarti renali.

Un rapido e notevole tumore di milza, accompagnato da forti dolori, deve anche far pensare a un infarto della milza.

Rari sono i casi d'insufficienza renale e l'A. l'ha osservata solo due volte, e riscontrato all'autopsia il quadro di una diffusa glomerulonefrite subacuta emorragica.

Sommamente caratteristica è l'anemia: la pelle è molto bianca e talora tende al verdognolo: molto pallide sono le mucose. Il valore emoglobinico diminuisce col durare della malattia, e generalmente si hanno valori di 50-60, talora anche di 30. Rara è la monocitosi descritta da Schilling.

Lo stato psichico dei malati è vario: alcuni sono apatici, e dormono molto, e non hanno coscienza della gravità della malattia; altri, al contrario, sono angosciati, eccitabili, irrequieti, specie la notte, dormono poco e sentono chiaramente avvicinarsi la morte. Dei 33 casi osservati dall'autore, 30 erano uomini e solo 3 donne.

Riassumendo, la diagnosi di endocardite lenta nei casi bene sviluppati non è difficile se uno conosce la malattia e ad essa pensa. L'inizio subdolo, le irregolari elevazioni termiche, il reperto del cuore, il tumore di milza, l'anemia, la nefrite. Quando all'inizio v'è un *ictus* occorre fare la diagnosi differenziale con la *lues;* a questa aiuteranno le emoculture ripetute e la R. W.

Lenhartz e Schottmüller dicono di aver ritrovato costantemente nel sangue o almeno nelle vegetazioni endocarditiche lo *Streptococcus viridans*. Dalle ricerche dell'autore, che ha praticato le emoculture anche due o tre volte nello stesso malato, risulta al contrario in ben pochi casi lo *streptococcus viridans*. Per lo più la emocultura era negativa: in 7 emoculture fatte con sangue preso dai cadaveri, una volta fu isolato lo *Streptococcus viridans*, una volta il *diplococcus*, come già durante la vita, una volta lo *staphilococcus albus*, tre volte il

diplostreptococcus pleomorphus; e forse un certo numero di emoculture negative è dovuto al fatto che questo diplostreptococco cresce difficilmente nei comuni terreni di cultura ed ha bisogno di metodi speciali.

Dott. T. DE SANCTIS.

CHIRURGIA.

Pielotomia per calcolosi renale.

D'AGATA prof. G. (*Bollettino Società Eustachiana di Camerino*, n. II, marzo-aprile, 1921).

A proposito di una praticata pielotomia nella Clinica Chirurgica di Camerino per estrarre un grosso calcolo da un rene, in preda a lieve processo pielitico suppurativo, l'A. riporta alcune considerazioni in rapporto alle indicazioni operatorie per l'estrazione dei calcoli renali con la pielotomia.

È ormai noto come generalmente venga ammesso che questa operazione trovi le sue indicazioni, allorchè coesistano principalmente le seguenti tre condizioni: *la prima* che non si trovino ostacoli tali da impedire l'estrazione del rene dalla sua loggia e che quindi si oppongano a mettere allo scoperto la parete pelvica posteriore, o, secondo alcuni, anche l'anteriore; *la seconda* è che il calcolo non sia molto voluminoso, ramificato o multiplo, *la terza* che si tratti di calcolosi asettica.

Di queste tre condizioni, secondo l'A. e come ha giustamente sostenuto presso di noi l'*Alessandri*, la prima è quella che ha assoluto e reale valore.

Riguardo alla grandezza dei calcoli, non si possono riportare cifre al riguardo; poichè, quando il bacinetto è molto dilatato si possono anche con la comune incisione longitudinale estrarre dei calcoli di un certo volume. Tale incisione, però, è necessario che non oltrepassi certi limiti, e cioè in basso non si prolunghi verso l'uretere, potendosi, in tal modo, avere consecutivamente una stenosi del dotto ureterale, e dall'altra parte che non si spinga troppo in alto verso il rene «perchè si corre il rischio di incidere qualche vaso importante, che si trova sempre nella linea di inserzione del bacinetto nel rene» (Nicolich).

Per evitare ciò e avere in compenso una maggiore e sufficiente apertura pielotomica, *D'Agata* consiglia di praticare, sulla parete pelvica posteriore, *una incisione angolare smussa*, come chiaramente mostra la figura annessa, riportata dalla monografia dell'A.

Riguardo alla terza condizione, che cioè la pielotomia debba praticarsi solo nella nefrolitiasi asettica, il caso del D'Agata, come quelli comunicati precedentemente dall'Alessandri, ne allargherebbero l'indicazione.

L'A. crede che pure in tali casi di non avanzata sepsi del bacinetto, possa con discernimento essere utilizzata la pielotomia, facendo seguire dei sistematici lavaggi del bacinetto renale.

CABIBBO.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

W. GAZA. *Grundriss der Wundversorgung und Wundbehandlung.* Springer, Berlin, 1921, broch. Mk. 56, geb. Mk. 68.

Divisa in 4 parti, l'opera riguarda il trattamento delle ferite tracciando di esse, in maniera chiara e precisa, la morfologia, l'etiologia, i sintomi e la cura. Nella prima parte è discussa la biologia generale della ferita e delle sue conseguenze sui tessuti vicini e son premesse tutte quelle nozioni che riguardano l'infezione ed il modo di reagire dei tessuti di fronte all'agente infettivo. Seguono i principî generali della cura delle ferite. In questa 2ª parte viene particolarmente menzionato il metodo che in Germania va sotto il nome di Friedrich, sulla chiusura cioè p. p. i. delle ferite aperte e anche settiche. Se si ha occasione di intervenire su un paziente che abbia riportato *da non oltre sei ore* una ferita, si può anche, di fronte ad una lesione infetta, procedere alla sutura di essa purchè si sia proceduto alla sua toilette e all'escisione dei margini contusi o comunque venuti a contatto col mondo esterno.

Seguono i consigli terapeutici che servono ad agevolare la natura nel suo compito riparatore e speciali paragrafi riguardano il riposo, gli apparecchi immobilizzanti la medicatura asettica, la cura ortopedica precoce e tardiva. Il lettore viene poi messo in guardia su alcune lesioni che apparentemente insignificanti possono talora riservare delle poco piacevoli sorprese per il medico e ancora meno desiderabili per il paziente (flemmoni della mano, cura chirurgica nei diabetici, ferite dell'addome). Nella parte 3ª sono considerate alcune speciali modalità di lesioni chirurgiche (tubercolosi chirurgica, *ulcus cruris varicosum*, carbonchio, morva, difterite delle piaghe) e da ultimo son passati in rassegna critica i rimedi per la cura delle ferite.

La parte teorica viene continuamente associata a casi pratici, di modo che il principio enunciato è destinato a rimanere impresso nella mente del lettore con una doppia immagine. L'uso felice degli esempi adottati che senza sovrabbondare sono scelti con sano criterio, danno la sensazione che molte, o almeno le

più frequenti evenienze, vengano prospettate con le varie modalità, e che sia suggerito, volta a volta, il modo di superarne le difficoltà incontrate. Un altro pregio non secondo al primo, consiste nel fatto che sono rammentati tutti quei consigli che se dimentichi nei trattati d'indole generale, perchè troppo particolari, sono tralasciati dalle monografie, perchè troppo elementari. Piccole astuzie e risorse che, conosciute, spesso tolgono d'imbarazzo chi le applica senza, per questo, averle apprese attraverso la penosa esperienza personale. La costruzione di apparecchi, la somministrazione di tutti quei rimedi che richiedono una certa perizia tecnica (bagno a permanenza, irrigazione alla Carrel, rettoclisi) sono descritti fin nei più minuti particolari e in maniera pratica, di guisa che il medico chiamato al capezzale del malato può senza indugi e valendosi di mezzi improvvisati giovare al paziente senza perdere alcun tempo prezioso. E che ciò sia oltremodo importante è facile intuire dappoichè spesso il medico pratico è chiamato ad eseguire e rapidamente senza consiglio di esperti, le prime medicature di infortunati e quegli interventi dai quali dipende la vita o il benessere individuale e sociale dell'individuo soccorso.

Il capitolo 4° è dedicato alla descrizione ed alla critica dei mezzi farmacologici per curare le ferite. Anche in questa parte del libro vige lo stesso spirito informatore delle altre, non limitantesi ad un'arida enumerazione di diversi rimedi, ma considerante di ognuno l'azione specifica e le collaterali, in rapporto al tessuto sano e a quello malato. Ne consegue una lucida esposizione dalla quale il lettore sa prendere il buono lasciando e l'inutile e il dannoso. Le formule presentate sono quelle che, secondo l'A. o secondo chi le propose, riescono le più rispondenti alla pratica efficacia richiesta dal rimedio.

Molteplici sono i mezzi terapeutici, ma di alcuni soltanto si parla più a lungo, di guisa che mentre son tutti sottoposti ad una critica personale, il lettore può anche esercitarvi il raziocinio proprio. D'altronde senza abbandonarsi ad un eccessivo ottimismo nè a spregi ingiustificati, l'A. mostra uno spirito equilibrato e ragionevole basato su lunga esperienza propria.

De l'influenza della guerra ancora ne risente il libro poichè son proposte l'applicazione di mezzi di necessità quale l'applicazione di fasce di carta, ecc., e d'altra parte son ricordati tutti quei metodi che nuovi o riesumati con altri nomi, sian pure modificati, furono particolarmente adoperati nelle ferite d'arma da fuoco.

In questo modo il libro corrisponde alle esigenze del medico pratico che non vuol limitarsi a curare seguendo la solita *routine* o inconsapevolmente una traccia indicatagli, ma rendersi ragione di quello che vede e che fa e non viene meno alle intenzioni dell'A. che si è promesso che tanta esperienza di sì luttuosi anni non vada perduta.

E. MINGAZZINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta del 27 gennaio 1922.

Presidenza: prof. BALDO ROSSI, presidente.

Sarcoma del lobo inferiore del polmone.

B. ROSSI e G. VIGEVANI. — Comunicano un caso di sarcoma del lobo inferiore del polmone destro in un giovane di 22 anni, operato in 2 tempi con anestesia locale e guarito.

Dissociazione albumino-leucocitaria del liquido cefalo-rachidiano e sua importanza diagnostica.

P. BOVERI. — L'O. riferisce circa due casi nei quali si presentava il raro reperto della dissociazione albumino-leucocitaria.

Nel primo caso, una donna con nefrite cronica in coma uremico, l'esame del liquor dava un'alta percentuale di albumina con lieve xantocromia, senza leucocitosi. Non esistevano sintomi a carico del sistema nervoso.

L'autopsia dimostrò l'esistenza di un tumore meningeo grosso come un uovo di piccione il quale comprimeva il lobo occipitale di destra.

Nel secondo caso si trattava di una giovane ricoverata in ospedale per pleurite secca. Un giorno improvvisamente essa presentò una sindrome meningea, che dopo 5 giorni gradatamente scomparve. L'esame del liquor diede una fortissima linfocitosi (100 linfociti p. mmc.) con quantità di albumina normale.

Per la Wassermann positiva nel sangue venne istituita una cura arsenico-mercuriale e dal complessivo decorso ulteriore ci si potè convincere che la meningo osteite della prima vertebra cervicale si era definitivamente risolta.

Nel primo caso la iperalbuminosi era verosimilmente in rapporto a fenomeni di compressione meningea, di stasi e consecutiva trasudazione sierosa. Mancavano fenomeni tossici od infettivi, mancavano reazioni infiammatorie, onde l'assenza di leucocitosi.

Nel secondo caso invece esistevano fatti infiammatorii irritativi acuti delle meningi, di natura luetica; di qui la linfocitosi senza corrispondente iperalbuminosi.

C. VALLARDI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sulla diagnosi d'insufficienza aortica.

E. M. Brockbank (*British med. Journ.*, 4 febbraio 1922) fa notare che l'insufficienza aortica è il vizio valvolare più spesso misconosciuto, con danno grave del paziente, che, per l'assenza o quasi di sintomi subbiettivi, trascura di evitare le fatiche eccessive, affrettando così l'insufficienza del ventricolo sinistro; e con danno anche delle compagnie di assicurazione. Ritiene quindi utile ricercare sistematicamente questo vizio.

Forte sospetto deve destare l'ingrandimento, anche lieve, del ventricolo sinistro, senza aumento della pressione sanguigna, con itto della punta valido, che va ricercato fin verso l'ascella, e con azione cardiaca piuttosto lenta e regolare. Questa sindrome è dovuta, in più di quattro quinti dei casi, ad insufficienza aortica ben compensata. Nei casi avanzati, con cuore molto grande ed insufficienza miocardica, il polso è spesso molto irregolare, ma allora la diagnosi non presenta di solito difficoltà.

Conviene ascoltare dapprima sul focolaio aortico, ricordando che la stenosi è generalmente accompagnata da insufficienza, e che il rumore diastolico dell'insufficienza aortica è breve, delicato, alitante. Esso si ascolta generalmente sul focolaio aortico quando vi è stenosi e il rigurgito è libero; ma in alcuni di questi casi, e quasi sempre quando non vi è stenosi, e il rigurgito è lieve, il rumore diastolico si ode soltanto, o si ode meglio, sul margine sinistro dello sterno, nel quarto spazio intercostale, cioè sull'area della tricuspide. Se quivi non si ode, occorre cercarlo ripetutamente su tutta la regione precordiale, potendosi ascoltare occasionalmente su di un'area molto ristretta; talora solo in corrispondenza dell'itto della punta.

Un rumore diastolico aortico a sinistra dello sterno sarà facilmente differenziato da un rumore da insufficienza della polmonare per la mancanza dell'ipertrofia del cuore destro e di una forte pulsazione epigastrica. I rumori diastolici delle valvole atrioventricolari, coi relativi segni fisici, vengono difficilmente confusi col rumore diastolico aortico.

Negli aortici spesso manca nella storia reumatismo, corea, tonsillite, scarlattina, febbre di trincea, altre malattie acute o veneree: spesso vi è solo influenza o malaria. L'A. tende anche a diminuire l'importanza etiologica della *lues*, sebbene dica d'avere frequentemente omesso la Wassermann; dà invece importanza, specie per gli ex-militari, alla dilatazione aortica da strapazzo.

Nei giovani vigorosi ha veduto l'insufficienza all'inizio così ben compensata da non dare affanno nelle fatiche nè altri sintomi da indurre a consultare il medico. DORIA.

Caso di paralisi del ricorrente sinistro in un vizio mitralico.

Esistono numerose osservazioni di paralisi del ricorrente sinistro in malati di vizio mitralico, di solito stenosi o vizii composti; in pochissimi casi soltanto sono stati studiati alla sezione i rapporti esistenti tra il vizio cardiaco e la paralisi del nervo.

Alcuni AA. credono che il nervo venga compresso dall'orecchietta sinistra, ingrandita in conseguenza del vizio mitralico; altri negano tale possibilità, affermando essere impossibile una compressione dell'orecchietta sinistra sul nervo per mezzo del bronco, perchè il punto di biforcazione bronchiale, trovandosi all'altezza dell'orecchietta ingrandita, in caso di un ulteriore ingrandimento di essa dovrebbe spostarsi in basso, lungo la parete auricolare posteriore. Nel caso riferito dall'A. l'orecchietta sinistra era resa fissa alla sua parete posteriore da aderenze pericarditiche, di modo che non potendosi ingrandire da quella parte veniva a sospingere la biforcazione bronchiale contro l'aorta comprimendovi in mezzo il nervo ricorrente.

(F. Klein. *Med. Klinik*, n. 3, 1922).

POLLITZER.

La prognosi e la cura delle tachicardie.

Ch. Fiessinger (*Journal des praticiens*, 10 dicembre 1921) considera la prognosi delle tachicardie abituali (esclusa la parossistica) dal punto di vista della natura del male e da quello del trattamento.

1. *Tachicardia d'origine cardiaca.* Può manifestarsi in tutte le affezioni cardiache, al periodo di iposistolia, accompagnate di solito da aritmia; costante nelle lesioni valvolari; più spesso nei cardio-renali ipertesi. Quando è associata a fegato grosso, a rantoli umidi delle basi, ad edema pretibiale, annunzia, anche senza aritmia, l'insufficienza delle cavità destre.

Il polso lento talvolta può essere intercalato da crisi di tachicardia (100-120 ed oltre) che durano 10-24 ore, con fenomeni di angoscia:

si somministrerà un regime latteo di riduzione, riposo a letto e digitalina (V gocce della soluzione a 1‰).

Spesso un cardiaco valvolare presenta tachicardia, senza che il suo cuore minacci insufficienza: in tali casi (insufficienza aortica o stenosi mitralica) si tratta di solito di ripercussioni gastriche, e basterà spesso trattare lo stomaco con polveri al bismuto.

2. *Tachicardia emozionale o tossica.* La prima spesso si calma in pochi minuti: il polso può mantenersi fra 90 e 120 ed accelerarsi con i movimenti ed il cammino. L'ammalato va esaminato accuratamente, studiandone la tensione arteriosa, il meccanismo digestivo, i segni di basedowismo frusto, e solo eliminate le altre cause, pensare alla tachicardia emozionale. Il tipo della tachicardia tossica è dato da quella basedowiana, in cui si ha un polso a 120-140, tremore, dimagrimento. La prognosi delle tachicardie d'origine neuropatica o epilettica dipende da quella della causa.

3. *Tachicardia d'origine renale, epatica o polmonare.* Diffidare di quelle che sopravvengono dopo i 50 anni, accompagnate spesso da ipertensione arteriosa, per cui bisogna impedire la produzione del ritmo di galoppo. Di grave significato è la tachicardia delle cirrosi epatiche e della tubercolosi polmonare negli stati non febbrili.

4. *Tachicardia per compressione nervosa.* Compressione del pneumogastrico da gangli ipertrofici (sequele del morbillo), tumori del mediastino, dell'aorta: prognosi seria.

5. *Tachicardie febbrili, anemiche o da shock.* Nelle malattie infettive, un polso a 120 e oltre, escluse le donne ed i bambini, è di prognosi grave, specialmente se la temperatura non si eleva contemporaneamente; nei convalescenti può essere normale un polso a 90-100; la presenza di extrasistoli può indicare miocardite.

Per quanto riguarda le anemie, l'A. richiama l'attenzione sulla possibile confusione, che può aversi in un vecchio con anemia e tachicardia, in cui entrambi i fenomeni possono esser dati da carcinoma delle vie digerenti o da anemia perniciosa. Nello *shock* traumatico, in seguito al parto, la tachicardia può arrivare a 160, associata a fenomeni di collasso; l'olio canforato e la caffeina potranno essere di grande utilità.

Trattamento. — La maggior parte delle tachicardie è attaccabile solo indirettamente: in quelle da malattie infettive può essere utile l'adrenalina (20 gocce al giorno); in quelle da anemia semplice, il ferro e l'arsenico; la tachicardia basedowiana migliora con la faradizzazione della tiroide; quelle nervose od emotive, con l'uso della sparteina (2 cg. prima dei pasti); la valeriana, i tonici ed il riposo combatteranno quelle della convalescenza.

È importante il trattamento della tachicardia dei cardio-renali; riposo in letto, digitalina (5 gocce della soluzione a 1 ‰) per 3-10 giorni di seguito, sospendere due giorni, riprendere per altri dieci, e così di seguito; teobromina (due dosi da 50 cg. al giorno, per un mese) e regime latteo se vi è tendenza all'insufficienza renale. Lo stesso trattamento per i cardiaci iposistolici. I valvolari sono spesso dei nervosi che digeriscono male; la tachicardia è spesso di origine gastrica, per cui bisogna, più che il cuore, trattare lo stomaco. *fil.*

Il cloruro di calcio come medicamento cardiaco.

È stato introdotto in terapia da S. Ringer e, recentemente, studiato da Singer, il quale ha rilevato che l'incostanza degli effetti che si osservano nella somministrazione di tale medicamento è dovuta alla via di introduzione; per via boccale, di fatto, non provoca un aumento di calcio nel sangue, come si osserva per iniezione endovenosa. Singer usa per quest'ultima una soluzione a 10 %, introducendone un cmc., ciò che corrisponde a dieci centigrammi di cloruro di calcio.

Il rimedio va usato, associandolo all'infuso di digitale; in un mitralico settantenne con oliguria, si sono avuti i seguenti effetti, in riguardo alla quantità di orina emessa:

1° giorno, orina cmc. 300;

2° giorno: lattato di calcio *per os* g. 3, orina cmc. 500;

3° giorno: lattato di calcio *per os* g. 3, più infuso di digitale, orina cmc. 700;

4° giorno: come sopra, orina cmc. 800;

5° giorno: cloruro di calcio 0,5 per iniezione endovenosa: digitale, orina cmc. 1400;

6° giorno: sola digitale, orina cmc. 2600;

7° giorno: come sopra, orina cmc. 1400.

Il cloruro di calcio rende più sensibile il cuore alla digitale; il rendimento terapeutico di questa può quindi venire intensificato, ottenendosi un effetto pronto, quasi immediato; questa azione va però sorvegliata con prudenza, come dimostra un'osservazione di Itarkenstein, che, avendo somministrato ad ammalati con tifo esantematico forti dosi di cloruro di calcio ed, in seguito, della digitale, vide sopravvenire una bradicardia tanto intensa da dover sospendere quest'ultima.

Questa associazione medicamentosa è soprattutto indicata (L. Cheinisse, *Presse méd.*, 28 gennaio 1922) quando lo scompenso accentuato con edemi ed indebolimento critico del-

l'attività cardiaca esigono un'azione pronta ed urgente.

Esso è anche utile negli stati di stasi, accompagnati da ipertensione, come negli edemi dei nefritici e dei cardio-renali; si ottiene così anche l'abbassamento della tensione arteriosa e la tonificazione del cuore.

La medicazione calcica ha inoltre il vantaggio di attenuare o sopprimere gli inconvenienti del trattamento digitalico prolungato. Basta somministrare, per uno o due giorni, 2-3 g. di lattato di calcio *per os*, per vedere scomparire i fenomeni di intolleranza digestiva dovuti alla digitale. *fil.*

IGIENE.

Protezione del poppante contro l'infezione e la cachessia ospedaliere.

Nell'asilo per poppanti diretto da E. Friedberger (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1921, numero 35) si ebbe nel 1919 la mortalità di 21 %; la metà dei poppanti sotto i tre mesi dovette venire ricoverata in ospedale, dove ne morì il 40 %. In seguito a tale fatto, si addivenne ad un cambiamento dei locali per evitare l'affollamento e ad una migliore distribuzione delle sale, in modo da evitare l'infezione ospedaliera. Agli infetti vennero riservate due sale lontane, di cui la più grande per i bambini con segni leggeri di infezione delle vie respiratorie, la più piccola per le infezioni più gravi, in attesa del trasferimento all'ospedale. Quattro altre sale vennero destinate ai poppanti, ripartiti secondo l'età, affidando quelli sotto i 3 mesi alle infermiere più sperimentate. All'ingresso, ogni bambino subiva un esame medico ed era trattenuto in quarantena più o meno lunga. Fra le altre precauzioni usate citeremo: limitazione del numero totale, distanziamento fra i letti m. 1,50, restrizione delle visite a 2 per settimana, perfezionamento dell'istruzione di tutto il personale, obbligo della maschera per le infermiere, in presenza della più leggera infezione.

I risultati furono soddisfacenti: la mortalità cadde a 7 %, uguale quandi a quella dei poppanti a domicilio; quella dei bambini sotto i 3 mesi si abbassò a 7.5 %, divenendo più rari i passaggi all'ospedale. La curva ponderale si approssimò alla normale, non si videro quasi più cachessia ospedaliera e piodermiti. La tolleranza alimentare aumentò divenendo eccezionali i disturbi di origine alimentare. Si possono quindi ottenere negli asili per poppanti risultati analoghi a quelli dell'allevamento a domicilio, a prezzo però delle cure più minuziose. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla sterilizzazione ormonica dell'organismo femminile.

È necessario che durante la gravidanza sia inibito il processo della maturazione degli ovuli; tale inibizione viene provocata da ormoni elaborati entro l'ovaio. Nei primi periodi della gravidanza, fino all'annidamento dell'ovulo e alla formazione della parte materna della placenta, questi ormoni vengono formati dal corpo luteo; nei periodi ulteriori, atrofizzato il corpo luteo, dalla «glandola interstiziale» (il tessuto interstiziale dell'ovaio di animali e di donne prolifera fortemente durante la gravidanza).

Considerando questi fatti, L. Haberlandt (*Münch. Med. Wochenschr.*, n. 49, 1921) ha cercato di rendere temporaneamente sterili degli animali (femmine adulte), innestando ad essi le ovaie di femmine gravide: gli ormoni elaborati dall'organo innestato avrebbero dovuto inibire il processo dell'ovulazione. Tali esperienze, eseguite su 8 conigli e su 8 cavie, ebbero il risultato atteso: all'A. riuscì di rendere in tal modo sterili delle femmine adulte, per dei periodi di $1\,^1/_2$-3 mesi.

L'A. pensa che la somministrazione, per bocca oppure parenterale, di estratti d'ovaie di animali gravidi potrebbe forse venire applicata per ottenere nella donna una sterilizzazione temporanea. POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1227) *La colloidoclasia*. Al dott. Di L. Midulla di San Biagio Platani.

La colloidoclasia è un complesso di fenomeni che si producono per una brusca perturbazione nell'equilibrio dei colloidi organici. Si manifestano spesso col così detto *shok* proteico (dispnea, brividi, eruzione di orticaria), in seguito ad introduzione parenterale di albuminoidi; secondo alcuni, anche in seguito ad iniezione di sostanze inerti (solfato di bario) in stato di floculazione. I fenomeni della colloidoclasia non sono di indole tossica, e non sono specifici: inducono speciali modificazioni del sangue (crisi emoclasica). Per maggiori particolari, veda la risposta 1164 nel fasc. 2 di quest'anno, e consulti A. LUMIÈRE: *Rôle des colloides chez les êtres vivants*, Masson et C., Parigi, 1921. *fil.*

(1228) Al dott. A. Scopelliti da Palizzi:

Trattati di Igiene: «Manuale di Igiene» di V. D. Giaxa. Ed. Vallardi; «Manuale dell'Ufficiale Sanitario» di A. Celli, Ed. Utet; «Trat-

tato di Igiene e di Sanità pubblica » di L. Pagliani, ed. Vallardi; « Trattato di Igiene » di M. Rubner, ed. Soc. Ed. Libr.

Per il manuale di igiene delle carni: « Guida all'ispezione sanitaria degli animali e delle carni da macello » di G. Bertolini (richiederla all'A., Direttore del Mattatoio di Roma).

g. s.

(1229) All'abbonato C. G. n. 3973 da Napoli:

Consulti: DI COLO: *Imbalsamazione umana.* Hoepli, Milano. *fil.*

(1230) Al dott. C. P. da V., abb. n. 4285:

Esula dai compiti della « Posta » la raccolta della bibliografia su argomenti speciali; si rivolga all'« Istituto per collaborazione scientifica », Vienna XIII, Wambachergasse, 11; ovvero ad uno degli Istituti bibliografici di cui troverà l'elenco nel fasc. 15 del 1921 a pag. 533 sotto il n. 1309. Chieda prima tariffe e preventivi. *a. p.*

VARIA

Gli effetti della legge contro l'alcool in America.

Com'è noto, una legge nazionale ha esteso, negli Stati Uniti, il divieto delle bevande alcooliche a tutti gli Stati della confederazione. Al momento in cui venne promulgata la legge il divieto vigeva solo in un certo numero di Stati, così detti « secchi ».

Un'inchiesta di F. B. Smith ha raccolto una serie di dati interessanti sugli effetti di questa legge.

Il governatore dello Stato del Mississippi scrive: « Secondo il mio umile parere, questo è il più grande atto legislativo che registri la storia dell'America. Parlo dal punto di vista del mio Stato, dove le spese giudiziarie, specialmente per delitti, sono state ridotte del 75% e le economie sono state devolute a benefizio degli indigenti, mentre le famiglie povere si trovano in grado, come non erano mai state in precedenza, di mangiare e vestire bene ».

Il governatore dello Stato dell'Oregon ha così risposto: « Le popolazioni del mio Stato non vorrebbero più tornare indietro. Troppi sono i benefizi recati dalla legge, così dal punto di vista economico come da quello sociale ».

Interessanti sono le notizie relative alle prigioni. Sul « Monitor » si legge che nei primi 11 mesi del 1920 gli arresti furono meno 2000, mentre nel periodo corrispondente del 1919 erano stati 4000, e che il capo della pubblica sicurezza, Roberto C. Miller, atribuisce il fatto alla legge contro l'alcool.

A Filadelfia la Casa di correzione, che ospitava 2000 vagabondi e alcoolizzati, dopo la promulgazione della legge ha ridotto la sua popolazione a circa 450 individui.

A Indipendence, nel Missouri, si è potuto chiudere addirittura la carcere, e tutti gl'impiegati di essa sono stati licenziati. Il giudice Lodshaw, che dette l'ordine di chiusura, afferma: « Ciò si deve alla legge contro l'alcool; il Governo risparmierà così 50,000 dollari all'anno ».

Sono state interrogate anche delle donne di casa. La moglie di un operaio, di 35 anni di età, madre di cinque bambini, disse: « ... Dopo la promulgazione della nuova legge possiamo finalmente dire di vivere. A chi mi chiede da quanti anni sono maritata, rispondo: — da tre anni — chè quelli precedenti non contano per me.... abbiamo pagato quasi tutti i nostri debiti... cosa che non era avvenuta mai. E questo non riguarda soltanto noi ».

Sono segnalate molte violazioni della legge; i casi di alcoolismo non sono scomparsi; ma la polizia vigila, compie arresti e confische di liquori. Si sono osservati alcuni gravi avvelenamenti da alcool metilico, seguiti da cecità e da morte.

Si era parlato di un emendamento della legge, per l'uso della birra come medicinale; ma l'Associazione Medica Americana e l'Associazione Nazionale dei Farmacisti hanno emesso parere contrario. L'Associazione Medica Americana si è opposta anche all'uso del vino; invece ha ammesso, col 51 % dei votanti, l'uso terapeutico del *whisky*.

Il segretario della Camera di Commercio Inglese negli Stati Uniti, interpellato dalla Camera di Commercio di Manchester sugli effetti economici della legge contro l'alcool, ha dichiarato: « ... Le assenze dalle officine sono notevolmente diminuite, gli operai a cottimo lavorano più a lungo, vi è maggiore e più regolare rendimento. Le disgrazie accidentali sono meno frequenti, e in genere l'atmosfera lavoratrice è migliorata..... È fuori discussione che la legge contro l'alcool è risultata un ottimo fattore economico ».

(Da un articolo di James Haver Butler in *Review of Reviews*, fasc. 8, 1921). *ar. po.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

SEGALE G. CARLO. *Sulla funzione motoria dell'intestino.* Bologna, L. Cappelli, 1921.

SERONO CESARE. *La chemioterapia della tubercolosi e della lebbra con i preparati cuprici e cianocuprici.* Roma, Tip. Centenari, 1921.

TOVO CAMILLO. *Assicurazione malattie ed assicurazione infortuni.* Torino, Stab. Tip. della S. A. E., 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

VII Congresso degli Ordini dei Medici;

La Giunta Esecutiva della Federazione degli Ordini dei Medici ha convocato il VII Congresso Federale in Roma (piazza Foro Traiano, 1, Sede dell'Ordine dei Medici di Roma) pei giorni 25, 26, 27 aprile.

Il programma del Congresso verrà comunicato direttamente con circolare agli Ordini prima del 25 marzo e sarà portato a conoscenza di tutti gli iscritti negli Ordini nel prossimo numero della « Federazione Medica » che recherà la data del 1° aprile.

Data la notizia di ribassi ferroviari concessi a tutti per viaggi a Roma dal 7 al 30 aprile, ribassi che sono anche migliori di quelli che si ottengono con la tariffa differenziale applicata per i Congressi, i signori Congressisti potranno approfittare del ribasso generale.

Il III Congresso della Federazione dei medici-chirurghi liberi professionisti.

Per deliberazione del II Congresso, tenuto a Firenze, dovrà aver luogo a Roma. La Presidenza ha creduto opportuno di indirlo nei due giorni precedenti il Congresso della Federazione degli Ordini.

Ciò allo scopo che i soci, eventualmente delegati al Congresso degli Ordini, possano portare in seno a questo le conclusioni cui si sarà venuti, circa i temi comuni ai due Congressi.

Negli Ordini dei Medici.

NUOVI CONSIGLI PER IL BIENNIO 1922-23 (*).

Benevento: Presidente, Cerza Pasquale; segretario, Campes Ugo; tesoriere, Principe Antonio; consiglieri: Longo Gaetano, Pelosi Giovanni, Vigliotti Francesco, Stefanelli Carlo.

Bologna: Presidente, Nardi Alfonso; segretario, Giangiuseppe Palmieri; tesoriere, Moreschi Giovanni; consiglieri: Boschi Enrico, Tognoli Ennio, Cocchi Giuseppe, Zanardi Gino.

Catanzaro: Presidente, Romano Antonio; segretario, Belliotti Luigi; tesoriere, Nisticò Giovanni; consiglieri: Poerio Pitera Ercole, Serrao Sebastiano, prof. Bevacqua Alfredo, Ciaccio Giacinto.

Chieti: Presidente, Migliorati Mario; segretario, Florio Alfredo; cassiere, Galeazzi Cassiodoro; consiglieri: Antonucci Carlo, Cipollone Ferdinando, Croce Guido, Martone Vincenzo.

Forlì: Presidente, Pullè Felice; segretario, Ercolani Aurelio; tesoriere, Tinti Armando; consiglieri: Bonelli Angelo, Lesi Aldo, Pierelli Domenico, Spallicci Aldo.

Genova: Presidente, Carlo Mario Oberti; segretario, prof. Calcaterra Ezio; tesoriere, Amedeo Repetto; consiglieri: prof. Vittorio De Cigna, prof. Rinaldo Cassanello, Agostino Molfino, prof. Giangiacomo Perrando.

Gorizia e Gradisca: Presidente, Giuseppe Lovisoni; segretario, Angelo Ianeschi; tesoriere, Giovanni Bader; consiglieri: Oscar Morpurgo, Luigi Codatta, Ettore Lovisoni.

Parma: Presidente, Carlo Tonelli; segretario, Ernesto Verduri; tesoriere, prof. Mario Vecchi; consigliere anziano, prof. Adriano Valenti; consiglieri: prof. Giuseppe Camisa, Dante Giacobbi, Ettore Romolotti.

Ravenna: Presidente, Antonio Dal Prato; segretario, Pericle Venturi; tesoriere, Toni Carlo; consiglieri: Luigi Conti, Paolo Galli, Umberto Grandi, Umberto Pasini.

Sassari: Presidente, Lorenzo De Montis; vicepresidente, Salvatore Mannuzzu; segretario, Gavino Mannuzzu; cassiere, Pietro Manca; consiglieri: prof. Giovanni Ferralis, Giacomo Parisino, prof. Italo Simon.

Teramo: Presidente, Baroni Tommaso; segretario, Pirocchi Tommaso; tesoriere, Marraina Gabriele; consiglieri: De Sanctis Nicola, Fusilli Antonio, Ghiotti Antonio, Macrini Garibaldi.

Trieste: Presidente, Guglielmo De Pastrovich; segretario, Mario Quargnali; tesoriere, Ettore Rinaldi; consiglieri: Adolfo Dolcetti, Guido Nigris, Carlo Avioni, Adriano Sturli.

(*) Vedi fascicoli 6, pag. 182; 8, pag. 276; 10, pag. 338; 12, pag. 404-405.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9323) *Graduatoria nei pubblici concorsi.* — Dottor A. P. da R. — L'articolo 35 del Regolamento generale sanitario prescrive che a concorso espletato la graduatoria è pubblicata all'albo della prefettura. Prima di tale epoca non si ha diritto di chiedere copia della graduatoria. Per sollecitare l'espletamento delle operazioni di disamina e di scelta da parte del Consiglio Comunale, in vista della oscitanza del Comune può rivolgersi al Prefetto della Provincia.

(9324) *Concorso a pubblico impiego.* — Dott. P. L. da V. V. — Avendo rinunziato alla nomina gli altri concorrenti, ed essendo rimasto Ella sola nella graduatoria, non v'ha dubbio che Le competa la nomina a medico condotto di codesto Comune, anche perchè sarebbe ingiustificata una disparità di trattamento fra Lei e gli altri concorrenti, i quali furono successivamente interpellati e nominati effettivamente. Qualora il Comune non intenda provvedere alla nomina, ricorra al Prefetto della Provincia pei provvedimenti di ufficio. Si dovrà innanzi tutto ordinare la convocazione di ufficio del Consiglio ai termini dell'art. 124 della legge comunale e procedere, in caso di infruttuosa convocazione, alla nomina d'ufficio giusta l'articolo 321 della stessa legge.

(9325) *Tassa di Ricchezza mobile.* — Dott. G. B. S. da M. — Per l'esercizio libero professionale si paga il 14 per cento, oltre i supplementi per mutilati ed aggio all'esattore. Riteniamo che la tassazione fattale sia giusta.

(9326) *Compenso per prestazioni sanitarie.* — Dott. P. M. da S. M. C. V. — Se nell'atto di nomina sia contenuto un termine nel quale si doveva lasciare il servizio, il medico cui accenna non ha alcun diritto di pretendere lo stipendio, in quanto che, anche senza aver ricevuto diffida, egli doveva pur sapere che era decaduto dall'ufficio: *dies interpellat pro homine*: ma se nessuna diffida è stata data e nell'atto di nomina non vi era termine prestabilito, la pretesa del medico non può dirsi senza fondamento. Sarebbe, pertanto, opportuno che la pia amministrazione addivenisse ad una transazione, dovendo alla sua negligenza imputare il danno.

(9327) *Concorso a medico condotto - Stabilità.* — Dott. B. D. L. da A. M. — Dopo il biennio di prova, la stabilità si acquista *ope legis* senza alcuna speciale deliberazione del Consiglio Comunale. Il medico condotto può gestire un armadio farmaceutico, ma non una farmacia, essendone impedito dallo articolo 54 della legge sanitaria.

(9328) *Concorso pel posto di medico condotto.* — Dott. F. B. da P. B. — In ogni concorso, cui si prende parte, occorre presentare regolari documenti di rito, in data recente, nulla essendo stabilito in contrario per coloro che già prestano servizio in altro Comune.

(9329) *Capitolato - Approvazione - Caro-viveri.* — Dott. D. P. M. da M. C. — Non essendo stato il capitolato approvato secondo legge, non ha alcun valore. Qualora il Comune non si dia premura di far approvare il capitolato suddetto deve esserne informato il Medico provinciale perchè promuova dal R. Prefetto della Provincia provvedimenti di ufficio a' termini della legge comunale e provinciale. Pel caro-viveri le compete una indennità suppletiva pel quarto figlio, se i primi tre sono tuttora minorenni, e due supplementi per la moglie e la madre.

(9330) *Tassa di Ricchezza mobile.* — Dott. C. P. da M. — Se l'esenzione dal pagamento della tassa di R. M. è contenuta nei patti del capitolato, non può esserne più privato, costituendo essa un diritto acquisito, che deve essere rispettato da chiunque. Ogni contraria decisione equivarrebbe ad una indiretta diminuzione di stipendio, non ammissibile per un medico che ha già acquistata la stabilità. In caso di insistenza del Comune, può adire l'autorità giudiziaria competente per materia e valore.

(9331) *Collegio di Perugia - Contributi.* — Dott. A. P. da B. di S. — Tutti i medici a servizio di pubbliche amministrazioni e, quindi, anche i semplici interini, hanno l'obbligo di pagare il contributo prestabilito per il mantenimento del Collegio per gli orfani dei sanitarii in Perugia.

(9332) *Cavalcatura - Elenco dei poveri - Caro-viveri.* — Dott. A. N. da V. — Nessuna legge stabilisce l'obbligo della cavalcatura per le visite a grande distanza. È, però, una ineluttabile necessità, sia per corrispondere alle richieste con maggiore sollecitudine, sia per non far restare molto tempo privi di assistenza sanitaria gli abitanti del centro. Il criterio fondamentale per la inclusione delle famiglie nello elenco dei poveri non è definibile, variando da Comune a Comune. Con lire 20 di fondiaria si deve essere ritenuto povero agli effetti della cura gratuita. Nessuna disposizione esiste pel caro-viveri. Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGOSTA (*Roma*). — Scad. 15 apr. L. 7000 e 5 quadr. decimo, L. 500 disag. resid., L. 300 uff. san., rimborso mezzi trasp., cavallo, c.-v. Età limite 45.

CASTEL SAN PIETRO DELL'EMILIA (*Bologna*). — Consorzio con Monte Calderaso. Residenziale. Scadenza 10 aprile.

CAVARZERE (*Venezia*). — Vedi fasc. precedente. Scad. 16 aprile.

CAVRIGLIA (*Arezzo*). — Vedi fasc. preced. Scad. 12 aprile.

FOGLINO (*Perugia*). — Per 40 giorni dal 22 mar., cond. rurale di Annifo; L. 6000 per 1000 pov.; c.-v.; L. 1500 disag. resid.; tre quinquenni decimo; lire 2400 cav.; addiz. L. 2 ovvero indennità di residenza povera non mai super. a L. 2000. Ab. 1400. Età limite 31-35.

FORCE (*Ascoli Piceno*). — Occorre medico-chirurgo interino a tempo indeterminato. Immediata assunzione servizio. Popolazione 3800. Prossimo concorso. Condizioni da convenirsi. Scrivere al Sindaco.

FROSINONE (*Roma*). — *Congregazione di Carità.* — Assistente dell'Ospedale Umberto I; L. 4400 e due decimi dei proventi operatori; biennio, poi stabilità fino al 45° anno. Età massima 35. Scad. 20 apr. Inscrizione nell'Ordine dei Medici della Provincia.

LETTOMANOPPELLO (*Chieti*). — Vedi fasc. preced. Scad. ore 17 del 15 aprile.

MARRADI (*Firenze*). — Scad. 9 apr. Per Lutirano. L. 6000 e otto trienni decimo; L. 2000 p. cav.; c.-v.

MONTAGUTO (*Avellino*). — Scad. 20 apr. L. 4500. c.-v.; L. 300 alloggio.

OVARO (*Udine*). — Alle ore 16 del 1° maggio; Kmq. 54.146. Servizio entro 15 g. L. 6000 per 1000 pov.; tre quinquenni decimo; L. 3000 disag. resid.; addiz. L. 1.50; per cav. L. 3000; se uff. san. L. 600.

PALMIRA (*Potenza*). — Condotta poveri L. 4500; età non superiore anni 40; indennità caro-viv. Ufficiale san. L. 1000, oltre caro-viv. Scad. 15 aprile.

PIETRABBONDANTE (*Campobasso*). — Cons. con Castelverrino; L. 4000, oltre L. 2000 trasferta, c.-v. Età limite 39. Scad. 15 aprile.

PRIGNANO (*Modena*). — Scad. 5 apr.; due cond.; L. 8000 oltre L. 2500 cav.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Professore straordinario alle cattedre di: clinica ostetrica e gineco-

logica nella Facoltà medica di Sassari; antropologia nella Facoltà di scienze di Roma; chimica farmaceutica nelle Scuole di farmacia di Cagliari e di Milano; chimica generale nella Facoltà di scienze di Sassari. Scad. 15 giugno. Chiedere le condizioni.

S. GIOVANNI D'ASSO (*Siena*). — Vedi fasc. prec. Scad. 10 aprile.

SANT'OMERO (*Teramo*). — Scad. 10 apr. 2ª zona; L. 4000 e 6 quadrienni; c.-v.; età limite 40.

SPRESIANO (*Treviso*). — Vedi fasc. preced. Scad. 12 aprile.

TARANTO (*Lecce*). — Scad. 20 apr. Ispettore sanitario delle Scuole pubbliche e private del Comune; L. 5,000 e 4 quadrienni dec.; due c.-v.

UDINE. *Ospedale Civile*. — Vedi fasc. precedente. Scad. ore 16 del 20 aprile.

VITTORIA (*Siracusa*). — A tutto il 10 aprile, per la fraz. Scoglitti; L. 5500 e 5 quadrienni di L. 500; doppio caro-viv. Accettaz. entro 5 giorni; servizio entro 2 mesi.

Medico 12 anni laurea accetterebbe interinato anche lungo dal 1° luglio in poi in paese montagna o mare d'Italia Centrale. Per eventuali proposte scrivere: dott. Gasperi, via dei Pecori, 6 Firenze.

Medico-chirurgo, giovane, studiosissimo, tre anni di laurea, ottima pratica generale, specie chirurgica, ottimi titoli, volendo darsi chirurgia offresi assistente, preferenza interno, ospedale o clinica civile o privata, compenso minimo, anche nullo, purchè garanzia carriera chirurgica. Scrivere: dott Attilio Magnaghi - Ripa Ticinese, 9 - Milano.

Diffide.

Nuove diffide: Sanseverrino (Potenza).

Revoca di diffide: Laveno (Como).

CONCORSI A PREMIO.

TORINO. *R. Accademia Medica*. — Pel X concorso al premio Bonacossa per il quinquennio 1920-24 è stato scelto il tema «Le psicosi allucinatorie croniche». Il premio è di L. 1200. Scad. 31 dic. 1924. I lavori possono essere in lingua italiana, latina o francese, e manoscritti o stampati (purchè posteriori al gennaio 1920).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Monaco Costantino assistente onorario alla Clinica Chirurgica della R. Università di Torino già cavaliere della Corona d'Italia per meriti acquisiti durante la guerra Italo-Turca, con decreto 21 dicembre 1921 venne insignito della Croce di cavaliere nell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro per meriti acquisiti al fronte durante la guerra Italo-Austriaca.

Il dott. Giuseppe Franz Romano, assistente nella I Clinica chirurgica della R. Università di Napoli, è abilitato alla libera docenza in patologia chirurgica.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di gennaio 1922.

MALATTIE	2-8		9-15		16-22		23-29	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	77	389	91	595	69	750	100	622
Scarlattina. .	80	303	84	230	79	261	64	192
Vajuolo e vajoloide . . .	7	8	13	27	2	7	6	8
Tifo addominale . . .	181	355	136	259	132	222	131	271
Difterite e croup . . .	184	321	160	305	179	316	217	391

NOTIZIE DIVERSE.

X Congresso internazionale di Otologia.

Si riunirà a Parigi dal 19 al 22 luglio sotto la presidenza del prof. Sebileau.

I temi all'ordine del giorno sono: «Gli ascessi del cervelletto»; «La meningite auricolare»; «Valore delle prove funzionali dell'apparecchio vestibolare»; «Orecchio e sifilide». Relatori saranno i proff. Buyns, Gradenigo, Hennebert, Hinojar, Jenkins, Quix e Schmiegelow. In seduta complementare si discuterà il tema: «Cura del cancro del laringe per via chirurgica, con i raggi X e col radium», rel. Chevalier, Jackson, Bryton, Delavan, Moure, Regaud, Saint-Clair-Thomson, Sebileau.

Al Congresso sarà annessa una Esposizione di strumenti e di pezzi anatomici concernenti le malattie dell'orecchio e del naso-faringe.

Indirizzare al dott. A. Hautant, Parigi, rue Marbeuf 28, il titolo della comunicazioni e i riassunti di esse.

Tassa d'iscrizione fr. 100, da spedirsi, d'urgenza, al sig. G. Laureans, 4 avenue Hoche, Paris VIII.

Scuola di Sanità militare marittima.

Il 13 marzo si è riaperta per la prima volta, dopo la guerra, la Scuola di Sanità della R. Marina, analoga a quella di Firenze per il R. Esercito.

La Scuola è sita nell'ex Convento di Piedigrotta, dispone di bei laboratori e di un ricco materiale didattico. Essa ha lo scopo di completare la istruzione professionale dei medici che entrano a far parte del Corpo Sanitario della R. Marina.

Vi si impartiscono insegnamenti complementari ai corsi Universitari, quali l'igiene navale, militare e tropicale, la patologia e parassitologia dei

paesi caldi, la traumatologia di guerra e gli infortuni sul lavoro a bordo delle navi e negli arsenali, le malattie simulate e dissimulate dei militari e infine le leggi e i regolamenti concernenti il servizio sanitario nella R. Marina.

Direttore della Scuola è il colonnello medico prof. Belli, libero docente d'igiene nella R. Università.

Fanno parte del Corpo insegnante professori della R. Università (Padula, Gradenigo, Boeri e De Angelis) e ufficiali medici superiori del Corpo Sanitario della R. Marina.

Cassa Nazionaie Infortuni.

Durante l'anno 1921 la Cassa Nazionale per gli infortuni sul lavoro — col tramite dei suoi Uffici (Compartimenti, Sedi Secondarie ed Agenzie) distribuiti per tutto il Regno — ha compiute, fra le principali, le seguenti operazioni:

Per l'assicurazione degli infortuni nelle industrie detto Istituto ha emesso 64,317 nuove polizze assicuranti altri 1,038,731 operai; ha inoltre ricevuto 137,728 denunzie di nuovi infortuni, e ha pagato L. 44,112,348.63 di indennità per 136,086 casi d'infortunio già denunciati, di cui 485 di morte e 9,218 di inabilità permanente.

Per l'assicurazione obbligatoria degli infortuni in agricoltura ha ricevuto la denuncia di 54,755 nuovi infortuni e ha pagato lire 6,929,562.86 di indennità per 53,325 casi d'infortunio già denunciati, di cui 642 di morte e 2,430 di inabilità permanente.

In totale durante il 1921 la Cassa Nazionale Infortuni ha ricevuto la denuncia di 192,483 nuovi casi d'infortunio ed ha pagato lire 51,041,911.49 di indennità.

A. D. R. M.

Da due anni è stata costituita un'Associazione (Association pour le Développement des Relations Médicales entre le France et les Pays Alliés ou Amis), il cui scopo è quello di procurare ai medici e studenti delle Nazioni alleate o amiche della Francia tutte le agevolazioni possibili per il soggiorno che dovessero fare a scopo di studi di medicina, sia a Parigi come in qualsiasi altra città francese ove esista una Facoltà medica.

L'Associazione, che annovera fra i suoi membri tutti i professori, i medici, i chirurgi e specialisti degli Ospedali nonchè le principali notabilità mediche della Francia, ha organizzato un Ufficio d'Informazioni che funziona nell'aula Béclard alla Facoltà di medicina (12, rue de l'Ecole de Médecine, Paris; telefono: Fleurus 07-16). La Segreteria dell'Associazione trovasi continuamente a disposizione dei medici di passaggio e, grazie ad un sistema di schede, è in grado di fornir loro tutte le informazioni desiderabili.

Inoltre, quando gruppi di medici e di studenti ne facessero domanda, l'Associazione è pronta ad organizzare corsi su soggetti che fossero proposti; si ha, infine, l'intenzione di curare lo scambio di articoli di giornali fra le pubblicazioni mediche italiane e francesi.

A chi ne esprimerà il desiderio, verrà mandato, a misura che si pubblica, l'elenco dei corsi delle lezioni e conferenze cliniche, come pure quell'insieme d'informazioni che possano riuscire utili ai medici e studenti italiani.

Corsi di perfezionamento a Vienna.

Presso la Facoltà Medica di Vienna sono organizzati i seguenti corsi di perfezionamento: dal 19 giugno al 1° luglio in medicina interna e pediatria con speciale riguardo alla terapia; dal 3 al 9 luglio in roentgenologia generale e speciale; dal 25 settembre al 7 ottobre sui progressi pratici in tutti i campi della medicina, per medici rurali (condotti). Hanno anche luogo regolarmente dei corsi speciali nei singoli rami della medicina. Per i programmi e le condizioni dei corsi suddetti rivolgersi alla «Kursusorganisation der Wiener Medizinische Fakultät» (Wien I, Franzenring, Universität), salvo per il corso di roentgenologia, sul quale darà notizie il segretario (dott. A. Kronfeld, Wien IX, Porzellangasse 22).

Per l'industria delle piante medicinali in Italia.

Il Ministero dell'Industria e del Commercio, aveva bandito or è un anno un concorso, per premiare quelle industrie nazionali che utilizzassero piante aromatiche e medicinali nelle preparazioni farmaceutiche. Accogliendo ora le conclusioni della Commissione aggiudicatrice, il Ministero ha conferito il primo premio, di L. 40,000, all'Istituto Terapeutico Romano, di Roma.

La Commissione era composta dei proff. Nasini, Piutti, Peratoner, Valenti, Serono e del dott. Morselli di Milano.

Affettuoso omaggio ad un medico.

Il dott. V. Luigi Camurri, medico comunale di Padova, che una polmonite aveva ridotto in fin di vita, ha ricevuto in dono un magnifico anello d'oro «offerto dai poveri della condotta per la ricuperata salute», quale affettuoso omaggio e a ricordo dello scampato pericolo.

Si è spento a Napoli, il prof. ALBERTO DEL MONTE, pareggiato in clinica oculistica. Era conosciuto negli ambienti scientifici e assai apprezzato come ricercatore e studioso non solo di argomenti della sua branca, ma di fenomeni biologici. È stato autore di numerosi lavori importanti per originalità, in cui si nota il buon indirizzo del ricercatore, padronanza di tecnica, solide cognizioni e giudizio spassionato e preciso. Particolare importanza ha la sua scoperta dei *corpi del calazio*, vale a dire di un presumibile parassita, causa del calazio, di cui già parlano i più recenti trattati di oculistica (Morax).

Era oculista del Municipio di Napoli e dirigeva una importante Clinica privata, gratuita. Era dotato di gentilezza e di bontà d'animo non comuni.

Dott. G. RUOCCO.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riv. Sanit. Siciliana, 1 gen. — F. AGNELLO. Lesioni corneali nella malaria.

Pathologica, 1 gen. — A. FONTANA. Sull'auto- ed eteroinoculazione del virus dell'Herpes febrilis all'uomo: suo trasporto dalla cornea di coniglio alla cute umana e viceversa.

Medizinische Klinik, 1 gen. — R. SCHMIDT. Aortalgia (angina pectoris). — A. KÜHN. Le iniezioni di acido silicico.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 1 gen. — B. VASOIN. Azione tossica del paracresolo.

The Journal of Trop. Med. a. Hyg., 2 gen. — A. CARINI. Il fenolipoide N di Piazza nell'infezione da m. Melitensis.

La Riforma Med., 2 gen. — G. FERRARINI. L'insegnamento della patologia dimostrativa chirurgica. — G. M. NEIROTTI. Patogenesi e cura delle ulcere varicose della gamba. — A. FULCHIERO. Nuovo sfigmo-oscillometro.

Arch. p. le Scienze Med., 3-4. — G. PISTOCCHI. Sulla produzione della crisi anafilattica. — G. MATTIROLO. Sclerosi primitiva dell'arteria polmonare. — M. STRUMIA. Tipi di pneumococchi dominanti a Torino nelle pneumoniti del 1920.

Gaz. d. Hôpitaux, 3 e 5 gen. — E. ANTOINE e G. GASPERIN. L'ematologia e la diagnosi delle affezioni gastro-intestinali.

Münchener Mediz. Wochens., 6 gen. — F. MARCHAND. Anatomia patologica e nomenclatura della tubercolosi polmonare.

Deut. Mediz. Wochens., 5 gen. — A. v. STRÜMPELL. Le caratteristiche della terapia attuale. — F. KRAUS. La terapia «costituzionale». — O. HERTWIG. Lo stato attuale della dottrina dei cromosomi.

— 12 gen. — F. NEUFELD. I risultati delle nuove ricerche sulla polmonite. — H. SELTER. L'allergia tubercolare. — GOLDSCHEIDER. I disturbi cronici di circolo e loro terapia dietetica e fisica. — A. SCHITTENHELM. Aortite luetica.

— 19 gen. — F. SAUERBRUCH e M. LEBSCHE. Il trattamento dei tumori maligni. — H. OPIZ. La moderna profilassi antidifterica.

Paris Médical, 7 gen. — Numero sulla tubercolosi.

The Lancet, 7 gen. — F. MOTT. Corpo e mente.

The British Medical Journal, 7 gen. — H. HEAD. Alcuni aspetti del dolore.

Journ. de Médec. de Paris, 7 genn. — DOUSSAIN. L'immunità vegetale.

La Presse Médicale, 7 gen. — A. LERI. La pleonosteosi familiare.

Zentralbl. f. innere Medizin, 7 gen. — W. HÜLSE. Le sostanze vasocostrittive del sangue nell'ipertonia.

La Medicina Ibera, 7 gen. — R. DE MONTAUD. Il segno della trepidazione muscolare passiva nei parkinsoniani.

Medical Record, 7 gen. — W. C. K. BERLIN. La redenzione della medicina interna.

Medizinische Klinik, 8 gen. — E. ROMBERG. Sulla nefrite. — K. BLÜHDORN. Le intossicazioni alimentari.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 8 gen. — C. TALENTONI. Fegato migrante.

Journal of the Amer. Medic. Assoc., 7 gen. — R. MCGARRISON. Deficienza alimentare e disordini gastro-enterici. — W. A. BRAMAS. Emicrania addominale.

La Rif. Med., 9 gen. — L. SIVORI e U. REBAUDI. Veleno tubercolare integrale solubile. — L. JACONO. Sulla Vibriothrix zeylandica del Castellani.

Bull. et Mém. Soc. Méd. d. Hôpitaux de Paris, 12 gen. — F. RAMOND, CH. JACQUELIN e BORRIEN. Accidenti gravi della vaccinazione jenneriana in certe linfoadeniti.

The Lancet, 14 gen. — R. HALL. Condizioni polmonari e pleuriche oscure. — J. K. THOMPSON. La posizione eretta. — D. PATERSON. L'ulcera duodenale nell'infanzia.

Pathologica, 15 gen. — P. CREMONA. Sieroblenmetilene reazione. — G. GROSSO. Reazione di Gaté e Papacostas (formolgelification) nei sieri sifilitici.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 10 Aprile 1922 Fasc. 15

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: prof. AUGUSTO DUCREY.

La cura della sifilide col bismuto.

Dott. CESARE DUCREY, assistente ordinario.

Mentre già si inizia commercialmente la ridda di nuovi preparati del bismuto antiluetico, mentre gli studi alla ricerca del miglior composto di quel metallo continuano alacremente, consigliati dal vaglio delle prove cliniche, a me preme, dopo la mia breve rivista sintetica sull'argomento apparsa nel fascicolo 10° della Sezione pratica di questo giornale, rendere noti i risultati da me ottenuti nello sperimentare il bismuto nei vari periodi della infezione sifilitica.

Ho adoperato il tartrobismutato di potassio e di sodio in sospensione oleosa al 10 % (Trepol), come quel composto da Levaditi preferito dopo prove farmacologiche e cliniche comparative con varii preparati solubili ed insolubili di bismuto, tartrobismutato che io credo sia stato fin qui il composto maggiormente sperimentato (Levaditi, Fournier, Guénot, Marie et Fourcade, Jeanselme, Hudelo, ecc.).

Levaditi ha certo il merito di avere iniziato sistematicamente lo studio dei composti del bismuto, nella fiducia di un elemento attivo contro la lue e di averne pel primo pubblicato i risultati degni del più grande interesse.

Se contro una infezione così proteiforme, così grave e così diversa nei vari organismi e di fronte ai rimedi, può la terapia arricchirsi di altri mezzi di lotta, è indubbiamente grande progresso, sopratutto se questi si dimostrino veramente efficaci, con azione rapida, intensa e duratura contro l'infezione, senza ledere l'organismo. Considerazioni teoriche rendono molto scettici nel concetto che un farmaco possa estinguere rapidamente l'infezione treponemica quando essa sia divenuta generale; questo risultato non si è ottenuto coi farmaci antiluetici fin qui sperimentati, malgrado il loro immenso valore curativo, neppure con gli arsenobenzoli, la cui rapidità d'azione contro le manifestazioni è sorprendente; ma resta pur vero che l'aggiunta di altri farmaci contro l'infezione, epperò una più larga scelta di essi potrà essere provvidenziale nei casi non rari di intolleranza o di inefficacia curativa personale in singoli organismi.

La ricerca quindi di nuovi elementi attivi contro la sifilide e lo studio di essi sono di grande interesse, ed io ricorderò che in Italia il Copelli già nel 1919 aveva sperimentato

composti organici dell'antimonio, del vanadio, del fosforo, dell'arsenico sulla base delle affinità chimiche esistenti fra questi elementi, scegliendo per la combinazione di essi i gruppi nucleinici, convinto che « ai fini della chemioterapia meglio rispondesse legare quei metalli a gruppi organici complessi e i più vicini agli elementi della vita ». E il Copelli nel suo studio di lunghi anni, farmacologico e clinico, concluse che un preparato composto di vanadio, arsenico, antimonio in combinazione con l'acido nucleinico dimostrava proprietà elettive parassitotrope, notevolissime, senza avere un'azione tossica sull'organismo.

Del bismuto non si occupò l'autore, ma in Italia già nel 1919 lo studio dei derivati bismutici chemioterapici aveva indotto qualche fabbrica di prodotti chimici (Zambeletti) a produrre in polvere e in pomata un iodobismutato di metilenammina per la cura locale delle manifestazioni sifilitiche contagiose. Gli studi non proseguirono, le esperienze cessarono e si giunse così ai recenti lavori dei francesi.

Realizza in verità un progresso contro l'infezione sifilitica l'uso dei preparati di bismuto, di fronte ai rimedi noti di tanta efficacia? La farmacologia conosceva di questo metallo solo l'azione tossica quando esso veniva assorbito (avvelenamenti per paste al sottonitrato di bismuto in roentgendiagnostica, per abbondanti spolverature di sottonitrato di bismuto della superficie di ferite o di piaghe, ecc.), e la tossicologia aveva dimostrato, nelle iniezioni, per esempio, di sali doppi solubili di bismuto negli animali, l'elevata tossicità del rimedio. Senza diffondermi in argomenti che la chimica farmaceutica e la farmacologia possiedono contro l'utilità del rimedio portato in circolo nell'organismo, esporrò i risultati delle mie esperienze nella sifilide dell'uomo.

Ho trattato complessivamente 17 ammalati. 3 di sifilide primaria, 11 di sifilide secondaria, 3 di sifilide terziaria: tutti con iniezioni intraglutee assai profonde, di gr. 0.30 in media di tartrobismutato per ogni iniezione, eseguita ogni tre giorni, diminuendo talora la dose o distanziando un poco i giorni, a seconda della tolleranza (1).

Di ogni infermo riferisco brevissimamente i dati salienti.

CASO I. — B. F., di anni 19. Sifilosclerosi ulcerosa del solco balanico, pleiade inguinale satellite. La lesione data da una settimana. R. W. 0. Dal primo marzo al 26 marzo gr. 2 di tartrobismutato, in 6 iniezioni.

Già al terzo giorno la lesione era detersa e guariva in tredicesima giornata. La pleiade satellite è notevolmente ridotta. Orletto gengivale bismutico. L'ammalato è dimagrato alquanto, anemizzato e accusa intensa astenia. R. W. 0.

CASO II. — De A. R., di anni 32. Ampio sifiloma iniziale ulcerato della cute dell'asta; pleiade inguinale satellite. R. W. 0. La lesione data, secondo l'infermo, da circa quattro giorni. Dal 22 febbraio al 30 febbraio gr. 0.90 di tartrobismutato.

La lesione è quasi scomparsa; notevolmente ridotta la pleiade. Si deve sospendere il trattamento per l'insorgenza di grave stomatite ulcerosa. Albumina assente.

CASO III. — M. M., di anni 21. Sifilide secondaria, Sifilosclerosi iniziale al meato uretrale, sifiloderma roseolico al tronco e agli arti; placche mucose genitali; cefalea serotina; poliadenopatia generale. R. W. + + +. Dal 12 febbraio al 22 febbraio gr. 1 di tartrobismutato, in 4 iniezioni.

Guarigione della lesione iniziale; quasi scomparsa la roseola e scomparse le placche mucose. L'ammalata ha avuto febbre dopo la prima iniezione, che ha raggiunto i 39° ed è andata progressivamente stabilendosi stomatite grave ulcerosa. Albumina assente. L'8 marzo, notevolmente migliorata la stomatite, si riprende il trattamento, con iniezioni endovenose arsenobenzoliche.

CASO IV. — C. M., di anni 23. Sifilide secondaria, placche mucose ipertrofiche delle tonsille e del velo; poliadenopatia generale. Reazione W. + + +. Le lesioni datano da una settimana. Dal 10 febbraio al 28 febbraio gr. 2.10 di tartrobismutato, in 6 iniezioni. Alla 3ª iniezione (settimo giorno) scomparsa delle lesioni. Semplice orletto gengivale bluastro. Febbre l'indomani della prima iniezione, che raggiunse i 38° e che cadde per lisi al mattino dopo. Modica poliuria che, iniziatasi ben presto, ha cessato dopo la 5ª iniezione (1).

CASO V. — C. A., di anni 21. Sifilide secondaria Sifiloderma eritemo-papuloso diffuso; papule umide perianali; poliadenopatia generale. R. W. + + +. L'eruzione data da circa 6 giorni. Dal 16 febbraio al 20 marzo gr. 3 di tartrobismutato, in 10 iniezioni. Alla 4ª iniezione (12° giorno) scomparsa delle papule umide e alla 5ª della eruzione eritemopapulosa. Reazione W. + + +. Semplice orletto gengivale, tardivamente comparso.

CASO VI. — C. A., di anni 28. Sifilide secondaria senza manifestazioni contagiose in atto; poliadenopatia generale. R. W. + + +. Dal 20 febbraio al 26 marzo gr. 3 di tartrobismutato, in 10 iniezioni. Orlo bismutico gengivale. R. W. + + +.

CASO VII. — N. C., di anni 27. — Sifilide secondaria, papule erosive genitali; poliadenopatia generale. R. W. + + +. Dall'11 febbraio al 23 marzo gr. 2.70 di tartrobismutato, in 9

---

(1) Per la tecnica, è necessario infiggere l'ago dapprima e poi innestare la siringa per accertarsi di non esser penetrati in un vaso. gr. 0.30 di tartrobismutato pare contengano al minimo gr. 0.12 di bismuto metallico (Lafay).

(1) La R. W. eseguita 25 giorni dopo la cura era sempre fortemente positiva.

iniezioni. Alla 3ª iniezione (8ª giornata) scomparsa delle lesioni. R. W. + + +. Presenza di orlo gengivale.

CASO VIII. — G. A., di anni 17. Sifilide secondaria; sifiloderma roseolico; papule umide ipertrofiche perianali; poliadenopatia generale. R. W. + + +. Dal 17 febbraio al 20 marzo gr. 3 di tartrobismutato, in 10 iniezioni. Alla quarta iniezione (10ª giornata) scomparsa delle manifestazioni. Dopo la 6ª iniezione, orlo gengivale e comparsa di una chiazza come un soldo, nero-bluastra sul labbro inferiore, che scompare con colluttori di acqua ossigenata e applicazione di polvere al perborato di sodio. Notevole dimagrimento durante la cura (l'ammalata ha perso 4 kg. di peso). Notevole astenia. Dopo la 5ª iniezione, senza speciali prodromi, è andata affermandosi progressivamente una sintomatologia di colite acuta ulcerosa. Dolori colici spontanei e aggravantisi con la defecazione, stipsi alternata a diarrea, con feci sempre commiste a sangue rutilante, muco e pus. È comparso poi tenesmo rettale. Non febbre.

CASO IX. — P. M., di anni 27. Sifilide secondaria. Placche mucose opaline labiali, linguali e tonsillari; sifiloderma papulo-squamoso al collo; poliadenopatia generale. Reazione W. + + +. Dal 15 febbraio al 23 marzo, gr. 2.40 di tartrobismutato in 8 iniezioni. Scomparsa dopo 5 giorni delle manifestazioni orali e al 10° giorno delle papule del collo. R. W. + + +. Lieve orlo bismutico. Apprezzabile dimagrimento.

CASO X. — M. M., di anni 25. Sifilide secondaria; sifiloderma eritematoso e papuloso punteggiato, lichenoide; papule umide perianali; cefalea serotina; poliadenopatia generale. R. W. + + +. Dal 5 febbraio al 21 febbraio gr. 1.80 di tartrobismutato, in 6 iniezioni. Scomparse dopo la 3ª le papule umide e dopo la 2ª la cefalea serotina e il malessere generale. Dopo la 5ª iniezione è andata progressivamente stabilendosi stomatite, che è diventata poi ulceroso-necrotica. Tutta la base della lingua è bluastra e lungo il bordo esiste un disseminio di punti nero-bluastri, che si alternano con piccole zone triangolari, nero-bluastre anch'esse. Corrispondentemente è insorta albuminuria, che ha raggiunto l'1 ‰ (Esbach) e febbre che non ha sorpassato mai i 38° ed è durata tre giorni. Non cilindri, non note di nefrite. Il 18 marzo si può riprendere il trattamento. L'a. ha subito ancora due iniezioni; ma persistono, sebbene attenuati, elementi papulo-lichenoidi. Residua velamento di albumina. L'ammalata ha perduto 2 kg. e mezzo di peso. R. W. + + +.

CASO XI. — A. S., di anni 23. Sifilide secondaria; sifiloderma papuloso diffuso; placche opaline tonsillari; poliadenopatia generale. R. W. + + +. Dall'8 marzo al 27 marzo grammi 1.50 di tartrobismutato, in 6 iniezioni. Scomparsa delle manifestazioni alla 6ª iniezione e solo adesso è insorta una piccola chiazza bluastra sul bordo della lingua. L'inferma è evidentemente dimagrata e anemizzata. Dopo la 6ª iniezione è andata svolgendosi nell'inferma presso a poco la stessa sintomatologia del n. VIII, ma meno intensa, senza reperto di pus nelle feci, con scarso tenesmo. L'a. va ora migliorando, persistendo però ancora un po' di sangue e muco nelle feci, che sono formate.

CASO XII. — B. A., di anni 26. Sifilosclerosi iniziale con fimosi; sifiloderma roseolico-papuloso diffuso; papule confluenti allo scroto; placche perianali; poliadenopatia generale. R. W. + + +. Dal 25 febbraio al 23 marzo gr. 1.80 di tartrobismutato, in 6 iniezioni; alla 4ª (15ª giornata) scomparsa degli elementi papulosi. Dopo la 6ª la fimosi è ridotta; regredita la pleiade; scomparsa l'eruzione diffusa, cui residua notevole pigmentazione. Stomatite bismutica lieve. R. W. + + +.

CASO XIII. — Z. P., di anni 21. Sifilide secondaria; sifiloderma papuloso diffuso; placche ulcerose tonsillari; poliadenopatia generale. R. W. + + +. Dal 15 marzo al 29 marzo gr. 1.80 di tartrobismutato in 6 iniezioni. Dopo la 3ª iniezione scomparsa delle lesioni tonsillari. Il sifiloderma papuloso si è poco attenuato. Si sospende per qualche giorno il trattamento per lieve stomatite insorta.

CASO XIV. — A. A., di anni 30. Sifilide secondaria; sifiloderma eritemo-papuloso diffuso; papule umide genitali; poliadenopatia generale. R. W. + + +. Dal 16 marzo al 27 marzo gr. 1.20 di tartrobismutato in 4 iniezioni. Scomparse dopo la 3ª iniezione le papule umide. Persiste attualmente, sebbene un po' attenuato, il sifiloderma papuloso diffuso. Si deve sospendere la cura per l'insorgenza di una chiazza ampia di stomatite ulceroso-necrotica in corrispondenza dell'ultimo molare destro. Si è costretti a iniziare trattamento arsenobenzolico.

CASO XV. — C. A., di anni 18. Sifilide secondaria tardiva; chiazza di sifiloderma papulo-tubercolare girato al quadrante inferiore sinistro dell'addome; poliadenopatia generale. R. W. negativa. Dal 28 febbraio al 20 marzo gr. 2.40, in 8 iniezioni. Scomparsa della lesione in 19ª giornata. Semplice orlo bismutico.

CASO XVI. — G. A., di anni 32. Sifilide terziaria; infiltrati gommosi sottocutanei multipli della coscia e della gamba sinistra; sarcocele sifilitico bilaterale. R. W. + + +. Dal 22 febbraio al 12 marzo gr. 1.80 di tartrobismutato, in 5 iniezioni. Guarigione completa degli infiltrati gommosi. Notevole miglioramento del sarcocele. L'ammalato è andato progressivamente migliorando fin dopo la 1ª iniezione. La febbre, continua durante la cura, non ha superato i 37°.5 tranne dopo la 1ª e la 2ª iniezione, raggiungendo i 38°. Apprezzabile dimagrimento. Astenia. Stomatite bismutica lieve. Albumina assente

CASO XVII. — Di L. V., di anni 38. Sifilide terziaria; gomma ulcerata del palato molle, datante, secondo l'inferma, da 15 giorni. Dal 26 febbraio al 21 marzo gr. 2.10 di tartrobismutato, in 8 iniezioni. Guarigione completa della lesione in 18ª giornata. Il miglioramento è andato accentuandosi dopo la 1ª iniezione. Stomatite bismutica lieve.

Nella *sifilide primaria*, dunque, rapida è stata l'azione del bismuto nella guarigione di lesioni iniziali anche ulcerose e nel ridurre notevolmente la pleiade glandolare satellite. In meno di due settimane, ad es., riparava una vasta sifilosclerosi ulcerosa (Caso I).

La spirochete pallida già nella seconda gior-

nata dopo la 1ª iniezione non era più rintracciabile alla superficie delle lesioni (Casi I e II).

Nella *sifilide secondaria* le placche mucose e le papule umide sono scomparse con rapidità veramente notevole: una diecina di giorni in media, cioè dopo tre iniezioni. In genere i treponemi scomparivano dalle placche mucose dopo la seconda iniezione e talora due giorni dopo la prima. In una settimana scomparvero nel caso IV placche mucose ipertrofiche del velo e delle tonsille. Il sifiloderma roseolico si è dileguato in circa quindici giorni e in tre o quattro settimane il comune sifiloderma papuloso, a medie papule (sifiloderma papulo-squamoso lenticolare).

Speciale tenacia ha dimostrato (Caso XII) un sifiloderma papulo-squamoso a medie papule, confluentissimo ed un sifiloderma papuloso punteggiato (Caso X), che è noto per la sua resistenza alle cure. Nel nostro caso, esso resiste dopo otto iniezioni di tartrobismutato; è però a notare che le ultime tre iniezioni sono state eseguite a distanza dalle altre per grave stomatite insorta.

In alcuni casi (III, X, XII), dopo la prima iniezione hanno ceduto la cefalea serotina intensa e quello stato generale di malessere coincidente talora alla generalizzazione del processo infettivo.

L'adenopatia secondaria che tutti sanno risolversi con lentezza a tutti i farmaci, ha resistito anche al bismuto. In due casi di sifiloderma roseolico ho osservato, dopo la prima iniezione, apprezzabile reazione di Herxheimer.

In un caso di *sifilide secondaria tardiva* (n. XV) regionale, sifiloderma papulo-tubercolare girato, l'azione del farmaco è stata un po' più lenta, ma sempre notevole.

Nella *sifilide terziaria* il risultato è stato veramente cospicuo. In meno di 20 giorni ha completamente cicatrizzato una piccola gomma ulcerata del palato molle (Caso n. XVI) e si sono riassorbiti completamente infiltrati gommosi multipli sottocutanei, grossi come una nocciuola (Caso XVII).

Dosi. — Le dosi del tartrobismutato in sospensione oleosa che furono dagli autori adoperate, sono state in media di gr. 0.30 ogni tre o quattro giorni, ridotte a gr. 0.20 o 0.10 nei vecchi, nei deboli; quelle di tartrobismutato solubile non hanno varcato i gr. 0.10 o 0.15 di sale ogni due o tre giorni (1).

Reazione di Wassermann. — In nessuno degli ammalati la Wassermann reazione sul siero di sangue ha ceduto alla cura, anche dopo 3 grammi di tartrobismutato. Del resto A. Fournier, nella statistica dei suoi cento casi, ha visto appunto cedere la Wassermann in generale soltanto dopo la seconda tappa curativa. Ed è evidente che per annullare questo sintoma spesso ribelle, non conviene spingere le dosi del farmaco verso maggiori effetti tossici. Incerto fin qui l'intimo meccanismo di questa prova sierologica, legata forse a un fenomeno fisico-chimico, in cui le globuline del siero sifilitico avrebbero la parte precipua, la ricerca di una spiegazione teorica sulla resistenza della Wassermann al bismuto non può che essere esitante. Praticamente è certo che in una cura antisifilitica, con la scomparsa delle manifestazioni cliniche deve sempre essere sorvegliata la scomparsa o meno di questo sintoma del siero, ma è noto come spesso anche con gli arsenobenzoli la trasformazione della Wassermann da positiva a negativa, nelle varie fasi della infezione, si effettui talora a distanza di qualche mese dal trattamento (Boas, Gennerich, Pasini, ecc.).

In una recentissima nota francese Lévy-Bing, Gerbay, Philippeau, hanno visto diventare negativa la Wassermann in ammalati trattati col bismuto, ma che avevano da poco subito una serie più o meno forte di iniezioni endovenose di sulfarsenol. È evidente che non così si può apprezzare l'azione del bismuto sulla reazione di Wassermann (1).

Eliminazione del bismuto. — Il bismuto si elimina assai lentamente dall'organismo. La farmacologia afferma che i composti di metalli pesanti, anche se iniettati sotto cute, passano scarsamente nelle urine e sono eliminati a preferenza dall'intestino crasso.

Ho studiato l'eliminazione nelle urine facendovi passare una corrente di idrogeno solforato (Kipp), previa distruzione delle sostanze organiche, col metodo di Frésenius e Babo, ottenendo così un precipitato nero che con le opportune reazioni si dimostrava solfuro di bismuto. Assai più pratico riesce valersi del reattivo di Léger, modificato da Aubry (2).

---

(1) Lafay non ha sorpassato mai invece la dose di 0.025 a 0.05 ctgr. di tartrobismutato solubile.

(1) Milian, che vagheggia l'uso del bismuto in ammalati resistenti al mercurio e all'arsenico, ha scritto di recente che in un ammalato, in cui la Wassermann si manteneva positiva dopo due anni di trattamento arsenicale, diventava negativa dopo sette iniezioni di bismuto.

(2) Solfato di chinina, gr. 1.
Ioduro di potassio, gr. 2.
Acqua distillata q. b. per 100 cmc.

Si fa sciogliere il solfato di chinina in 10 cmc. di acqua addizionati di 3 o 4 goccie di

Esso si altera rapidamente ed è bene quindi prepararlo volta per volta. 100 cmc. di urina evaporati a secco, si calcinano fino a ceneri bianche; il residuo si riprende con qualche cmc. d'acqua bollente, leggermente acidulata con acido nitrico. La soluzione filtrata viene trattata col reattivo iodochininico. Si ottiene così un precipitato rosso-arancio caratteristico. La reazione è sensibilissima.

Ho visto così comparire il bismuto da 15 a 26 ore in media dopo l'iniezione e persistere poi l'eliminazione molti giorni dopo il trattamento.

Del resto anch'io ho osservato che le urine bismutiche, lasciate a sè per 24 ore in un bicchiere, depositano lungo le pareti di esso uno strato nero, che si è dimostrato solfuro di bismuto.

In tutti gli ammalati trattati col bismuto la infezione sifilitica non era stata mai sottoposta ad alcun'altra cura, all'infuori di un infermo (Caso IV) che aveva subito cure mercuriali due mesi prima.

Tutti erano in condizioni generali buone, soggetti giovani (dai 17 ai 30 anni circa) e che oltre l'infezione spirochetica non presentavano alterazioni patologiche di altra natura; in tutti la malattia decorreva con sintomi clinici, sopratutto a carico della cute e delle mucose. Non ho sperimentato il rimedio in individui a diminuita resistenza organica generale (anemici gravi, diabetici, tubercolotici, albuminurici, nefritici o persone d'età avanzata).

In un sol caso (n. III) si trattava di una puerpera in cui ho dovuto sospendere il trattamento, dopo la IV iniezione, per grave stomatite insorta, accompagnata sempre da febbre, che ha raggiunto anche i 39°.

Albuminuria o alterazioni renali. — Esami accurati delle urine, in rapporto a possibili alterazioni del rene, hanno rivelato un'albuminuria piuttosto intensa fino all'1 ‰ (Esbach) in un sol caso (n. X) senza cilindruria o altre note di più profonda lesione renale. L'albuminuria, insorta dopo la VI iniezione, è andata progressivamente accentuandosi per scomparire circa 20 giorni dopo la sospensione del trattamento. Ho osservato modica poliuria nel corso della cura solo nel n. IV.

L'esame numerico e qualitativo citologico dei globuli del sangue praticato prima e dopo la serie di iniezioni, ha dimostrato quasi sempre esclusivamente diminuzione nel numero dei globuli rossi (oligocitemia) con concomitante oligocromemia (Fleischl), con scarsissimo aumento nel numero dei leucociti. Questo fenomeno si è verificato in quasi tutti gli infermi (1).

acido solforico. Si aggiunge ioduro di potassio previamente sciolto in 10 cmc. di acqua e si completa a 100 cmc.

Stato di nutrizione. — In tutti gli ammalati ho osservato costantemente maggiore o minor dimagrimento durante la cura. La perdita di peso in alcuni è stata assai spiccata (4 kg. nel numero VIII; 2 kg. e 1/2 nel numero X), accompagnata quasi costantemente da senso di notevole astenia. Questi due fatti costanti, criticamente vagliati in tutti i casi, sono certo da mettersi in rapporto all'azione del rimedio. E del resto anche A. Fournier lo aveva notato clinicamente e Levaditi sperimentalmente negli animali.

Gli ammalati spesso precocemente, anche senza presentare segni speciali di intolleranza al rimedio, dimagrano e impallidiscono con lo scomparire delle manifestazioni in atto della malattia. L'importanza di questi rilievi clinici impone quindi nell'uso del bismuto contro la lue studi più minuti e precisi, non solo sulla crasi sanguigna ma anche sul ricambio materiale degli infermi, onde meglio stabilire il complesso meccanismo d'azione del bismuto nei rapporti della dose curativa e dell'azione tossica sull'organismo.

Il *dolore locale* è sempre assai vivo anche lasciando l'ammalato in riposo assoluto, in pieno rilasciamento muscolare almeno per qualche minuto dopo l'iniezione, come consiglia A. Fournier. In generale è assai più vivo che con una iniezione di calomelano. Insorge per lo più da un'ora fino a 5 o 6 ore dopo la iniezione; si accresce naturalmente alla pressione. Le iniezioni praticate assai profondamente e con ago molto grosso, non lasciano per lo più infiltrazioni. In nessuno degli ammalati ho osservato localmente fatti infiammatorii o necrotici, fluidificazioni in massa o quelle cisti a contenuto liquido filante od oleoso che talora ha notato Fournier.

Stomatite bismutica. — Nella stomatite bismutica anch'io ho assistito, nei miei infermi, a tutta la gamma delle alterazioni che furono da altri descritte: dalla semplice pigmentazione ardesiaca, grigio-bluastra, sotto forma di orletto o di chiazze o di punteggiatura, alla colorazione in massa o quasi della lingua, alla stomatite lieve o ulcerosa e necrotica. Generalmente tutto si è limitato all'orlo bismutico, che in realtà ha permesso di continuare la

(1) nel n. VIII, ad es., da 4.600.000 globuli rossi con indice di coloraz. normale e 8500 globuli bianchi, il tasso ematologico, dopo circa venti giorni e 2 gr. di tartrobismutato, giunse a meno di 3.000.000 di globuli rossi e 9000 globuli bianchi, con Hb 85 % e G = 0.70.

cura. Le chiazze di pigmentazione che ho visto comparire sulla mucosa delle labbra, della lingua, delle guancie, erano sempre grigio-bluastre, di varia grandezza, raggiungendo al massimo le dimensioni di un soldo. Una picchiettatura puntiforme ardesiaca ho notato lungo i bordi della lingua in due inferme, in cui è andata stabilendosi poi grave stomatite ulcerosa.

Stabilitasi la stomatite grave ulcerosa, necrotica, essa, contrariamente a quanto afferma L'Azoulay, non è affatto più benigna della stomatite mercuriale grave. Con la necrosi della mucosa compare intensa fetidità dell'alito e salivazione molto abbondante.

L'Azoulay afferma di non avere in nessun caso osservato necrosi. La differenza con la stomatite mercuriale sta prevalentemente nelle alterazioni possibili della lingua (lingua bleu in massa, fini strie bluastre o chiazze bluastre di varia grandezza) già descritte dagli autori.

Devo confessare che le stomatiti gravi sono comparse solamente nei miei primi casi, quando gli ammalati non osservavano nessuna norma preventiva; negli altri ho quasi sempre potuto evitarle. Recentissimamente Hudelo e Bordet hanno affermato di avere avuto casi gravi di stomatite necrotica, con fetidità dell'alito e un certo grado di trisma, in cinque ammalati su quattordici, cioè nel 30 %; ma pare che essi non abbiano ben proporzionato le dosi ai singoli individui e sufficientemente distanziati gli intervalli dall'una all'altra iniezione.

Iniziatasi la stomatite grave, ho assistito allo accentuarsi della intensità dei sintomi anche nel corso di una settimana dopo la sospensione del trattamento, con un crescendo esasperante e infrenabile, legato evidentemente alla lenta e continua eliminazione del farmaco.

Nella patogenesi della stomatite bismutica non divido i concetti di Levaditi, Fournier, ecc., sopratutto svolti dall'Azoulay nel suo articolo recente apparso sulla « Presse Médicale ».

Egli sostiene che « l'agente causale » sarebbe l'associazione fusospirillare di Vincent. L'azione tossica del bismuto agirebbe deprimendo il potere fagocitario dei leucociti del mezzo orale, esaltandosi così la virulenza del polimicrobismo della bocca, che indurrebbe lesioni della mucosa, ulcerazioni su cui predominerebbe appunto l'associazione fusospirillare.

È noto ormai che i bacilli e gli spirilli di Vincent possono essere ospiti di bocche normali; sono noti i dubbi sul loro valore eziologico specifico in certe angine ulcero-membranose (angina di Vincent); molti ricercatori infine sanno come il loro reperto sia talora abbondantissimo in certe lesioni orali di varia natura, in cui essi non dimostrano speciale potere patogeno.

Io credo che i grani amorfi di solfuro di bismuto, riscontrati istochimicamente nelle pareti dei vasi della bocca (Azoulay), siano dovuti alla precipitazione del bismuto in quella forma per opera dell'idrogeno solforato penetrato nei vasi sanguigni e linfatici e derivante dalla decomposizione delle particelle alimentari nella bocca e in parte dall'idrogeno solforato espirato dai polmoni. Non è completamente da escludere l'azione in questo fenomeno del solfocianuro di potassio che si sa esistere normalmente nella saliva.

Dalla semplice colorazione nero-bluastra quindi della mucosa si può giungere alla necrosi quando la precipitazione notevole del solfuro di bismuto determini piccoli emboli metallici al livello dei capillari gengivali.

L'Azoulay ha trovato le pareti dei vasi « tatuate da un vero strato di solfuro di bismuto » e se non ha riscontrato embolie si può pensare che le sue sezioni non abbiano interessato in serie tratti di mucosa veramente necrotici. Milian e Perrin, di recente, hanno constatato istochimicamente grani di bismuto, di forma irregolare « iniettare letteralmente » le arborescenze vascolari intrapapillari, predominando il metallo al sommo delle anse papillari, alla confluenza dei capillari arteriosi e venosi. E gli autori, senza emettere ipotesi sul meccanismo di precipitazione del bismuto, pensano che l'obliterazione vascolare possa « jouer un rôle mécanique » nella patogenesi della stomatite.

L'associazione fusospirillare non avrebbe per me che il significato di un'invasione secondaria, senza importanza nel meccanismo che ha determinato la stomatite, l'ulcerazione e la necrosi.

Nella cura della stomatite col concetto della prevalenza della associazione di Vincent, gli autori hanno consigliato, oltre all'igiene della bocca, sopratutto l'uso locale di polvere di tartrobismutato o di 914 o addirittura le iniezioni endovenose di arsenobenzoli (Fournier, Azoulay). Noi invece, come mezzo preventivo e di cura, ci siamo occupati semplicemente di far pulire con diligenza la bocca, specie dopo i pasti, con lo spazzolino da denti e col sapone, sì da evitare ogni minimo ristagno di particelle alimentari, ed abbiamo prescritto lavaggi ripetuti con acqua ossigenata e l'uso di una polvere dentifricia a base di perborato di sodio o di alluminio, cercando così, oltre all'azione detersiva meccanica e antisettica, di trasformare con gli ossidanti l'idrogeno solfo-

rato in solfati. Con questi mezzi la cura ha dovuto essere raramente interrotta, pur non potendosi evitare in nessun caso la comparsa almeno dell'orlo bismutico.

Interpretando dunque la patogenesi della stomatite bismutica per precipitazione del solfuro di bismuto da parte dell'idrogeno solforato nei capillari sanguigni della mucosa orale, è necessario che io ricordi che in farmacologia era noto da tempo che tra i fenomeni di avvelenamento negli animali, per iniezioni sotto la pelle o nelle vene di sali doppi solubili di bismuto, dominavano ulcerazioni nell'intestino crasso e colorazione nera dovuta appunto al solfuro di bismuto. E fu incolpato allora, nel determinismo di quelle lesioni, precisamente l'idrogeno solforato, tanto più che il Mayer e lo Steinfeld notarono che somministrando a quegli animali da esperimento sali di metalli pesanti, capaci di fissare l'idrogeno solforato dell'intestino, non si osservavano più le lesioni caratteristiche del crasso. In un uomo morto per avvelenamento di bismuto in seguito a spolveratura abbondante di ferite con sottonitrato di bismuto, l'autopsia dimostrò nel crasso, oltre ad ulcerazioni, la stessa colorazione nera avutasi negli animali da esperimento (Kocher).

Ora se il meccanismo della stomatite bismutica nell'uomo è appunto quello che ho descritto, insieme alla comparsa precoce e *costante* delle alterazioni della mucosa orale, è assai verosimile che nell'intestino crasso, specie nella parte superiore, là dove s'inizia la putrefazione del contenuto intestinale, avvenga, col riassorbimento in piccole quantità dell'idrogeno solforato, la precipitazione sotto forma di solfuro di bismuto del metallo circolante, sicchè dal semplice tatuaggio della mucosa si possa giungere allo stabilirsi di una colite. E in due dei miei casi trattati (vedi n. VIII e XI) è andata stabilendosi appunto precocemente una colite, nel primo caso ulcerosa.

È noto che anche le ulcerazioni intestinali da mercurio, che pare avvengano per lo stesso meccanismo — precipitazione di solfuro di mercurio — (Almquist) sono state riscontrate più di frequente nelle parti alte del crasso; ma esse sono certamente assai rare e fanno parte dell'avvelenamento acuto e cronico da mercurio, certo non comune nelle cure antiluetiche e che ha sintomi più evidenti. Il crasso pare prediletto da certi veleni chimici. L'eliminazione sopratutto per le feci dei metalli pesanti, il più lento passaggio delle feci in questa parte dell'intestino in contrapposto di quanto avviene nel tenue, la causa di diminuita resistenza forse in corrispondenza della porzione iniziale e terminale e degli angoli dove le feci restano più a lungo trattenute costituiscono elementi che possono in certo modo spiegare le lesioni del crasso e certe sedi di predilezione (Schmidt).

La colite dei miei infermi assume speciale importanza. Si trattava di dosi non eccessive di farmaco e sopratutto di ammalati che non presentavano altri segni spiccati di intolleranza. Nel n. VIII esisteva oltre l'orlo gengivale una chiazzetta di pigmentazione sul labbro inferiore. Nel n. XI solo dopo l'ultima iniezione era improvvisamente comparsa una chiazzetta bluastra ai bordi della lingua. Nessuna delle due inferme aveva mai precedentemente sofferto di affezioni intestinali.

In entrambi il rapporto della colite con la cura era evidente. La sintomatologia di questa speciale intolleranza dovrà essere più profondamente studiata. È chiaro che per la causa che la determina e per il modo particolare con cui si produce, la lesione deve avere qualche nota sua propria. Nel caso n. VIII, oltre a tutti gli altri sintomi, è sopratutto il pus, alle feci commisto, sicuramente riconoscibile, che ci ha fatto pensare all'esistenza di qualche ulcerazione del crasso. Il modo d'insorgere, la limitazione delle lesioni, l'assenza di febbre potrebbero costituire note differenziali con altri processi infiammatorii o ulcerosi dell'intestino crasso. Radioscopicamente furono constatate lesioni localizzate (aspetto tigrato, salto del pasto opaco) nel colon ascendente e nel trasverso. La rettoscopia non ha rivelato alterazioni dell'ultima parte dell'intestino.

Sul decorso ultimo e su gli esiti di queste lesioni non è possibile pronunziarsi per il brevissimo tempo trascorso.

***

Gli inconvenienti dell'uso di una sospensione oleosa, il dolore locale vivo per le iniezioni e altre considerazioni hanno spinto allo studio del tartrobismutato solubile. Il sale darebbe facilmente una soluzione limpida, neutra, stabile, non precipitabile per diluizione, sterilizzabile in vetro duro, sia ai vapori fluenti, sia per tyndallizzazione (Lafay) (1).

---

(1) Il tartrobismutato di potassio di sodio solubile è stato così preparato da Pomaret nei laboratorî de l'Hôpital St-Louis: tartrobismutato di potassio e di sodio gr. 0.10, soluzione acquosa di glucosio al 15 % addizionata dell'1.5 % di fenolo ordinario quanto basta per 1 cmc. La tecnica è la seguente: si fa disciogliere in un recipiente di vetro, al calore di un bagnomaria, il tartrobismutato nella soluzione glucosata fenicata, si filtra su carta, si ripartisce in ampolle che si sterilizzano due

Jeanselme, Pomaret ed altri riferiscono insieme in una nota il risultato delle loro osservazioni recentissime. Gli effetti sono paragonabili per essi a quelli del bismuto in sospensione oleosa, col grande vantaggio dell'assenza di dolore locale nelle iniezioni, pur avendo notato in molti casi gli stessi incidenti della mucosa orale: gravi però soltanto in 4 casi su 30. La dose adoperata del preparato solubile è stata in media di gr. 0.10 ogni due giorni.

Ma a me pare che i vantaggi di questo preparato solubile siano annullati dal pericolo grave della dose mortale minima dei preparati solubili di bismuto penetranti direttamente nelle vene. Gli autori stessi consigliano di star bene attenti di non spingere l'iniezione intramuscolare in un vaso e scrivono di avere avuto una minaccia di sincope nel corso di una iniezione intramuscolare di gr. 0.10 di tartrobismutato solubile, praticata malgrado la fuoruscita di qualche goccia di sangue dall'ago. Questo pericolo grave constatato consiglia, evidentemente, di esser molto cauti nello sperimentare i preparati solubili di bismuto. L'iniezione quindi di essi deve esser eseguita con la tecnica dei preparati insolubili.

Concludendo, il preparato di bismuto da me sperimentato, malgrado l'azione costantemente spiccata contro le manifestazioni della infezione sifilitica, con meccanismo che io credo prevalentemente parassitotropo, non può certo per ora entrare nella pratica.

È il rapporto tra la dose curativa e la dose tossica quello che dà la misura della intensità di azione di un farmaco. Ora la dose tossica è qui troppo strettamente vicina alla dose curativa per non destare delle preoccupazioni e non attenuare l'entusiasmo, che potrebbe accendersi in quelli che giudicano la bontà di un preparato antisifilitico solamente in base ad un calcolo strettamente cronometrico della scomparsa della spirocheta e dei suoi prodotti morbosi.

Il dolore locale vivo nelle iniezioni delle sospensioni oleose, il pericolo grave nell'uso delle soluzioni acquose, anche per via intramuscolare per l'enorme tossicità di piccole dosi di queste, se penetranti in un vaso, la comparsa costante almeno dell'orlo gengivale bismutico persistente lungamente e la frequenza di stomatiti che, se non diventano ulcerose, pigmentano almeno in bleu la mucosa della bocca o la lingua, sono fatti già non trascurabili. Ma il dimagrimento costante, talora veramente considerevole, osservato in tutti gli infermi durante la cura, il loro costante anemizzarsi, con constatata oligocitemia e oligocromemia da attribuirsi, dopo considerazioni critiche per ogni caso, all'azione del rimedio, accrescono le preoccupazioni.

La precoce comparsa in due dei miei ammalati di sintomi di colite, di cui una ulcerosa, legata indubbiamente al farmaco, deve richiamare tutta la vigile attenzione degli sperimentatori sulla possibilità di questa complicanza subdolamente insorgente.

I sintomi di intossicazione generale che accompagnano insomma il miglioramento o la guarigione delle lesioni specifiche debbono essere tenuti in gran conto. Saranno gli inconvenienti dovuti fatalmente alla natura di questo metallo quando impregni l'organismo o si potrà sperare di giungere ad un composto più adatto? (1).

L'attesa di altri studi s'impone agli esaltatori troppo affrettati come ai giudici troppo severi.

BIBLIOGRAFIA.

SAZERAC et LEVADITI. C. R. de l'Acad. des Sc., t. CLXXII, 1921.
ID., ID. Bulletin Soc. Derm. et Syph., 1921.
ID., ID. C. R. de l'Acad. des Scien., t. LCXXIII, 1921.
FOURNIER et GUÉNOT. C. R. de l'Acad. des Sc., 1921.
ID., ID. Bulletin Soc. Derm. et Syphl., 1921.
SAZERAC et LEVADITI. Annales de l'Institut Pasteur, 1° gennaio 1922.
FOURNIER et GUÉNOT. Annales de l'Institut Pasteur, 1° gennaio 1922.
A. MARIE et FOURCADE. Annales de l'Institut Pasteur, 1° gennaio 1922.
AUBRY. Journal de Ph. et de Chimie, 1922.
MILIAN et PERRIN. Bulletin Société Derm. et Syph., n. 1, 1922.
HUDELO, BORDET et BOULANGER-PILET. Bulletin Société Derm. et Syph., n. 1, 1922.
JEANSELME, CHEVALLIER, POMARET, BLAMOUTIER et JANNON. Bulletin Société Derm. et Syph., n. 1, 1922.

---

volte di seguito, da 20 a 30 minuti, al vapore fluente di un bagnomaria. Pare che le ampolle, sterilizzate con l'ebollizione, fossero più dolorose e provocassero rialzi termici.

(1) La Casa Poulenc Frères ha messo da poco in commercio, col nome di « Luatol », un preparato di tartrobismutato di potassio e di sodio in soluzione acquosa o in sospensione oleosa. Con lodevole zelo la Casa Zambeletti, col concetto di poter ridurre la tossicità complessiva del bismuto, ha preparato alcuni composti di bismuto indisciolti e poi solubilizzati in opportuni solventi organici; tra questi un « Arsenobismutato sodico » solubilizzabile, ottenuto dall'arseniato insolubile di bismuto, mediante legami organici instabili di gruppi carbonilici; un preparato di bismuto colloidale (pseudo-soluzione iniettabile, in cui ogni cmc. contiene 5 mg. di bismuto metallico), e per la medicazione esterna di alcune lesioni luetiche un composto bismutico in pomata, ottenuto facendo agire l'joduro di bismuto sulla aldeide formica in soluzione ammoniacale (Tirelli).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA.

Divisione Chir. III diretta dal prof. G. VELO.

Stenosi uretrale multipla, induramento e fistola perineale ramificata di antica data. Resezione uretrale ed uretrorrafia. Guarigione.

Dott. ENRICO BUSSA-LAY, chirurgo aiuto.

Non accade, con molta frequenza, neppure nei maggiori ospedali, veder riparare malati con l'uretra in eccessivo disordine, malati che, ad es., urinino da anni attraverso un crivello di fistole perineali, con getto da innaffiatoio e che vedano, in seguito ad un intervento appropriato, la reintegrazione dell'organo destinato alla minzione da tempo messo in disponibilità. Gli è per questo che voglio intrattenermi sul caso occorsomi nell'esercizio della chirurgia delle vie orinarie accennando alla condotta da me tenuta, in questa circostanza, ed a quella seguita dai vari autori in condizioni analoghe.

La storia clinica riguarda R. A., fuochista, da Venezia, di a. 45. Egli entrò nella Div. Chirurgica III dell'Ospedale Civile di Venezia il 29 luglio 1919. Il padre del paziente morì per paralisi progressiva. Nient'altro fra gli ascendenti e fra i collaterali. Da giovane sofferse di pleurite essudativa destra, che curò con vescicatorii, con diaforetici e con diuretici. A 35 a. circa si contagiò di blenorragia e di ulceri veneree: si curò da sè, cervelloticamente, e guarì della blenorragia dopo lungo periodo di tempo.

Guarì imperfettamente in quanto, in seguito, andò soggetto a disuria e talora ad iscuria. Qualche anno appresso fu affetto da idrocele della vaginale del testicolo sinistro, di cui fu operato radicalmente all'Ospedale di Pola. Ma i disturbi della minzione andavano progressivamente aggravandosi tanto che due anni dopo le prime manifestazioni d'uretrite sopraggiunse qualche crisi di ritenzione e poi apparve al perineo un ascesso orinoso che fu trattato chirurgicamente. Guarì incompletamente con fistola perineale.

Successivamente fu, a varie riprese, tormentato da infiltrazione orinosa, da ascessi orinosi che volta per volta vennero incisi. Di questi atti operativi rimaneva traccia nelle numerose cicatrici che attraversavano, in tutti i sensi irregolarmente, il perineo e lo scroto del paziente.

Al momento dell'ingresso all'ospedale, il paziente, presentava uno scroto ispessito, aumentato di volume, quasi elefantiastico. I tegumenti della regione perineale erano trasformati in una specie di piastrone fibroso, rigido, rosso-bruno, madido di orina, in qualche punto macerato. Questo era, inoltre, irto di bitorzoli, uno dei quali, a forma di naso, sporgeva fra le pieghe delle natiche. Alcune escrescenze lasciavano scorgere, al loro apice, un orificio puntiforme da cui gemeva orina mista a pus, di cui si poteva intensificare il getto colla pressione sullo scroto e sul pene e sui lati dell'uretra perineale.

Durante gli sforzi inauditi che il paziente faceva per mingere, l'orina fuorisciva dai seni fistolosi e solo qualche goccia dall'uretra. Dei diversi seni fistolosi uno incrociava l'uretra perineale portandosi da sinistra verso destra, un altro incrociando pure l'uretra si portava verso l'inguine sinistro ed un terzo faceva capo alla protuberanza a naso accennata.

Nonostante questo grave dissesto dell'organo della minzione e delle adiacenze, le condizioni generali del paziente si mantenevano discrete. Esame organi interni negativo. Apiressia.

Istituii subito una cura di pulizia, di antiflogistici locali per debellare il processo flemmonoso cronico riacutizzato del perineo e continuai questa cura per qualche mese.

Dopo varie vicende di risoluzione e di recrudescenza l'intasamento perineale si mette decisamente a regredire, tanto che ritengo opportuno fare un tentativo di scandaglio dell'uretra che da otto anni è diventata impermeabile all'orina nella sua maggiore estensione. Tentativi analoghi eseguiti in un altro riparto chirurgico sono riusciti vani, tanto che un certo scetticismo invade me stesso, mentre mi accingo all'impresa.

Il 16 ottobre 1919, dopo accurata toeletta dei genitali interni, eliminato con un semicupio e con supposta di belladonna la possibile influenza di una associazione spastica, tentò l'introduzione di una minugia attraverso l'uretra. Il tentativo ripetuto cento volte riesce estenuante in quanto la minugia attraversata l'uretra peniena devia ed infila ora l'uno, ora l'altro dei rami del tragitto. Sono costretto a lasciare da parte la minugia. Riesco, invece, a far passare, ben inteso, con qualche sforzo, attraverso la ganga connettivale una sonda del Beniquet fino in vescica. Tolto questo, qualche ora dopo riesco a far passare una minugia alla quale avvito un Beniquet di calibro maggiore, ma incontro un intoppo insormontabile: il Beniquet senza guida non supera la seconda prova. I tentativi di dilatazione graduale si ripetono tre giorni dopo infruttuosamente e solamente riesco ad infilare nell'uretra, con infiniti accorgimenti, per evitare i seni fistolosi, la minugia dell'uretrotomo del Maisonneuve e procedo s. a. all'uretrotomia interna.

Coll'aiuto del conduttore faccio passare in vescica una sonda semirigida, tronca, n. 16, ed estraggo circa 500 cc. di orina di aspetto quasi normale. Nessuna emorragia. Dopo 24 ore la siringa semirigida viene sostituita con una Nelaton n. 18 sterilizzata.

Il 19 ottobre osservo che il gemizio attraverso i numerosi seni fistolosi è cessato. Sostituisco la Nelaton con altra n. 20. Cenestesi del paziente ottima, quasi euforia, per l'insperato successo ottenuto nella cura. Lo stato di infiltrazione del perineo si riduce ancora, ma rimane la corazza connettivale che fa corpo col l'uretra rendendola rigida, e nella quale si ravvisa una minaccia di recidiva della stenosi, col corteo sintomatico relativo.

Cosicchè vengo nella determinazione di far qualche cosa di più radicale, come una rese-

zione del piastrone sclerotico, compresa l'uretra, ed una ricostruzione dei diversi elementi (uretra e tegumenti) con un processo autoplastico.

Il 21 ottobre dopo le comuni pratiche antisettiche, l'introduzione di una sonda molle, recentemente sterilizzata, nell'uretra, eseguita l'anestesia etero-morfinica, il paziente viene messo in posizione ginecologica.

Operatore il dott. Bussa-Lay. Disinfezione dei tegumenti alla Grossich. Pratico un'incisione preliminare antero-posteriore, sulla linea mediana del perineo, a partire dalla radice della verga fino a due dita all'innanzi dall'orifizio anale. Procedo a strati in modo da scoprire il canale uretrale, il quale è conglobato con una ganga connettivale. Generosa ablazione dei tessuti sclerosati, compresa la parete inferiore del manicotto uretrale, per un tratto di quattro centimetri.

Scollamento delle parti molli adiacenti, che sono di aspetto normale e che riesco a ravvicinare e ad affrontare sulla sonda uretrale fissandoli con punti staccati a tutto spessore. Lascio un drenaggio tubulare capillare all'estremità posteriore della regione cruentata. Medicatura.

Decorso post-operatorio apiretico. La vescica si scarica regolarmente mediante la sonda a permanenza. La sonda uretrale viene rimossa al 6° giorno e sostituita con un'altra seduta stante. Essa viene allontanata definitivamente al 10° giorno. La plastica perineale cicatrizza all'8° giorno per prima.

Al 12° giorno si sopprime il drenaggio tubolare. Rimane al suo posto un bottoncino carnoso che sparisce con qualche applicazione di $AgNO_3$. Il paziente, dopo la rimozione della sonda, orina spontaneamente con getto normale. Viene dimesso guarito il 20 novembre 1919.

Il caso era singolare per aspetto ed irto di difficoltà, dal punto di vista terapeutico, in quanto si trattava di un soggetto che da otto anni non orinava più per le vie naturali, ma attraverso le numerose fistole perineali ramificate in una spessa corazza di tessuto connettivo-cicatriziale. Da queste fistole usciva urina commista a pus. Quando il paziente fu ricoverato nel Riparto, a questi fatti di antica data si aggiungeva una flogosi flemmonosa di tutto il perineo.

Primo compito: attenuare con applicazioni locali i fatti di reazione flogistica.

Secondo: provvedere alla dilatazione dell'uretra da lungo tempo menomata nella sua funzione.

Terzo: praticare la cura radicale delle fistole, ovviare ai pericoli della recidiva della stenosi rimovendo il manicotto periuretrale di tessuto cicatriziale ed il tratto di uretra invaso da sclerosi con un nuovo tratto di canale uretrale soffice e di calibro sufficiente.

Provvedetti al primo quesito con antiflogistici, cogli antisettici delle vie orinarie, col riposo di un mese. Al secondo colla uretrotomia interna per mezzo dell'uretrotomo del Maisonneuve.

In qual modo si poteva provvedere alla ablazione delle fistole ed alla ricostituzione del canale uretrale nei suoi caratteri normali?

Veramente ci trovavamo in presenza ad un restringimento multiplo: vero rosario uretrale con fistole perineali; corazza sclerotica perineale con crisi periodiche di ritenzione e di infiltrazione flemmonosa.

Si poteva eseguire una resezione totale di 10 cm. di cilindro uretrale con uretrorrafia termino-terminale dei due monconi residui e derivazione soprapubica delle orine?

La derivazione delle orine, che ha lo scopo di mettere in riposo l'uretra e di allontanare le possibili cause di infezione che disturberebbero il processo di cicatrizzazione dell'uretrorrafia, è ormai entrata nel concetto e nella pratica corrente degli urologi; ma abbiamo visto come nel nostro caso la sua omissione non abbia dato luogo ad incidenti spiacevoli. Gujon ed Albarran ed altri autori hanno operato, del resto, in simili circostanze, senza procedere alla derivazione delle orine, ma solo facendo uso del catetere a permanenza che essi rimovevano precocemente al 5° giorno dall'atto operativo, e, ciò non di meno, ottenevano risultati terapeutici, per lo più, soddisfacenti.

Quanto poi alla resezione totale del cilindro uretrale stenotico, all'affrontamento dei due monconi residuali di uretra, è un procedimento che non sempre nelle stenosi estese è possibile. Si sa per le ricerche del Nogués che per l'ablazione di 2 cm. di uretra perineale l'allontanamento dei monconi uretrali residuali è di 4 cm., e per l'ablazione di 3 cm. di uretra l'allontanamento è di 6 cm.

Dunque, se la distanza dei capi dell'uretra, che risulterà dalla resezione, non eccederà i 2 1/2 od i 3 cm. si può, nei casi asettici, tentare la resezione circonferenziale del canale uretrale. Ma vi sono restringimenti traumatici, estesi, o lesioni traumatiche estese dell'uretra di 10-15 cm. dove questa tecnica non è attuabile.

Tale è il caso nostro.

Ed in questi casi non si può parlare di resezione, di mobilizzazione e di imbocco dei due capi uretrali e di uretrorrafia circolare, ma si possono eseguire altri metodi di uretroplastica. Procederò ad un esame rapido dei metodi di riparazione dell'uretra, in caso di restringimento traumatico, od infiammatorio esteso, e complicato sì e no con lesioni periuretrali.

L'uretra si può riparare coll'uretra, colla pel-

le, con una mucosa, con una vena, con un'arteria, coll'appendice privata di mucosa o rivoltata. Fino a pochi anni fa la linea di condotta in questi casi era la seguente: premessa l'indispensabile incisione mediana perineale, scoperta e resecata l'uretra stenosata, collocata la sonda in vescica attraverso i monconi residuali dell'uretra, avendo avuto cura di rispettare un lembo di parete superiore di questa si ricostruiva il canale ravvicinando sulla sonda le parti molli con punti che prendevano queste a tutto spessore oppure facendo tre strati: anzitutto dei muscoli bulbo-cavernosi, in secondo luogo quello aponevrotico ed in ultimo l'addossamento dei tegumenti.

La sonda veniva lasciata a permanenza per cinque o sei giorni e poi si iniziava il passaggio dei Beniquet per conservare all'uretra un calibro sufficiente.

La rigenerazione dell'epitelio di rivestimento del nuovo canale si produceva per una proliferazione delle cellule dell'epitelio dell'uretra lasciata in sito e per una estensione dello strato epiteliale in senso laterale ed antero posteriore. Certe volte permaneva una fistola uretrale cui si provvedeva in un secondo tempo, con un metodo autoplastico.

A questo ultimo scopo rispondeva sufficientemente il metodo Gujon-Pasteau-Iselin. Secondo il quale dopo ravvivamento della fistola e collocamento della sonda in vescica si disegna sul perimeo e si disseca sul perineo da un lato del canale uretrale un lembo quadrilatero, a cerniera interna, di guaiana tegumentale. Questo lembo viene accartocciato in modo da formare un astuccio la cui faccia interna è epidermica. Un altro lembo quadrilatero, con cerniera esterna, viene fatto scivolare sul canale di nuova formazione e fissato su di esso con punti staccati.

Così si ristabilisce la continuità del canale uretrale quasi nella sua integrità.

Il metodo, come è descritto, fu ideato da Gujon, e Pasteau ed Iselin lo convertirono in autoplastico in due tempi. Ecco perchè. A volte per lo stato settico, o per l'estensione della lesione uretrale l'autoplastica non è possibile e tanto meno l'eteroplastica ed allora i capi uretrali vengono imboccati ai tegumenti perineali. In un secondo tempo si fa il trattamento della fistola nel modo descritto.

La ricostituzione dell'uretra peniena e di quella perineale veniva eseguita dal Duplay, nel caso nel quale non era possibile l'affrontamento dei monconi residuali, e l'uretrorrafia circolare, col metodo autoplastico in un tempo usato per la chiusura delle fistole perineali e peniene piccole, ipospadiche, dopo raddrizzamento, dell'uretra e cioè: 1° avvivamento della fistola previa applicazione della sonda a permanenza; 2° formazione dei due lembi di tegumenti lateralmente alla fistola; 3° coattazione dei lembi, con fili d'argento, sostenuti, ai lati, da cilindri di stagnola e fissati con perline pure di stagnola da un lato. I fili attraversavano i tegumenti, il tessuto spugnoso periuretrale, da un lato, dove si attorcigliavano sul cilindro di stagnola e dall'altro facevano il cammino inverso. Sulle estremità libere dei fili, per impedire che sfuggissero, si schiacciavano delle perline di piombo. Due punti staccati applicati sui tegumenti terminavano l'operazione.

Il Marion che pratica spesso questo metodo vi fa precedere la cistostomia temporanea di derivazione. Egli rimuove le suture superficiali all'ottavo giorno ed in 12ª giornata abbandona a sè la fistola soprapubica.

Nelle soluzioni larghe di continuo del perineo e dell'uretra dove l'autoplastica fallisce si è pensato di far uso di processi di eteroplastica.

Il Lumeau ha introdotto l'uso di lembi quadrilateri presi dalla mucosa vaginale o dalla guancia o dal prepuzio applicandoli sulla soluzione di continuo e fissandoli ai margini di essa.

Come complemento associava l'incisione dorsale della verga e questo a scopo di derivazione dell'orina.

Il Zapiesko ottenne qualche successo in un caso di uretroplastica, nonostante la perdita di sostanza fosse di 7 cm. con l'uso di un lembo di mucosa labbiale.

Il Tanton ha provveduto (fin dal 1909) alla plastica dell'uretra con il trapianto venoso.

Il Celiac nel 1914 ha pubblicato un caso di uretroplastica per trapianto di safena interna. Il Legueu ha usato allo stesso scopo, un frammento di aorta di cane facendovi precedere la derivazione soprapubica dell'orina.

Nei vari metodi di uretroplastica gli accidenti post-operatori temibili sono l'emorragia, l'infezione, la fistolizzazione, il restringimento dell'uretra ricostrutta. A questi inconvenienti si è cercato ovviare in diverso modo e cioè al ristagno di pus colla rimozione dei punti di sutura, alla fistola con un processo di autoplastica, al restringimento colla dilatazione graduale dell'uretra. Uno dei coefficienti più validi, all'attecchimento della plastica, è la derivazione orinaria la quale da Albarran viene suggerita come *ultima ratio* in caso di insuccesso del metodo primitivo, mentre, attualmen-

te, i vari autori la propongono come condizione *sine qua non* per eseguire l'uretroplastica.

Essa può farsi per cistostomia soprapubica oppure per urestostomia perineale.

Quest'ultima (occhiello sulla porzione membranosa uretrale) è possibile quando si abbiano a riparare coll'autoplastica dei guasti dell'uretra peniena. Nelle lesioni estese dell'uretra fissa, dopo conveniente plastica, si consiglia, a scopo di derivazione di lasciare aperta e drenata con sottile tubo l'estremità posteriore della soluzione di continuo compresa l'uretra. Questi diversi occhielli si chiuderanno rapidamente dopo cicatrizzazione per *primam* del processo di autoplastica.

***

Per ritornare al caso particolare, da me preso in esame, io ho risposto al 3° quesito, dopo eseguite le pratiche preparatorie indispensabili, colla resezione delle parti molli sclerosate, coll'uretrotomia parziale (lasciando cioè un lembo di parete superiore) e colla ricostituzione del canale uretrale sopra sonda, mediante le parti molli adiacenti scollate, ravvicinate e mantenute fisse con sututre staccate.

La sonda a permanenza è stata rimossa al 6° giorno e sostituita, seduta stante, con un'altra sterile la quale è stata allontanata definitivamente al 10° giorno.

Il drenaggio tubulare dell'estremità posteriore della ferita ha impedito il ristangno di materiali settici ed ha favorito la cicatrizzazione della plastica. L'epitelizzazione del nuovo canale è avvenuto nel modo accennato.

A me pare che il successo dell'intervento, data l'omissione di un regolare processo di derivazione, sia da attribuirsi al decorso asettico, alla buona preparazione del malato. Il Lugneu che è del resto fautore convinto della derivazione in una sua lezione (Cliniques de Necker) ricorda dei casi di orinari assoggettati a processi di autoplastica nei quali non potè eseguire per ragioni indipendenti dalla propria volontà la derivazione delle orine. In questi casi, come nel mio, il risultato fu quello desiderato, cioè, la guarigione. Si dirà che sono casi eccezionali che vengono a riconfermare la regola.

Ad ogni modo come il risultato immediato in questi diversi casi, fu quello presunto, così si mantenne, a distanza di tempo, come esito di cura.

BIBLIOGRAFIA.

ALBARRAN. *Médecine opératoire des voies urinaires*. Paris, Masson, éd., 1909.

LEGUEU. *Traité chirurgical d'Urologie*. Paris, 1910. Maloine et fils., édit.

MARION et HEITZ-BOYER. *Réparation de l'urètre bout à bout avec dérivation immédiate et temporaire des urines par urétrostomie*. Assoc. Franc. d'Ur. Paris, oct. 1910.

TANTON. *De la transplantation veineuse pour l'autoplastie de l'urètre*. Presse médicale, 25 janvier 1909.

PASTEAU et ISCLIN. *La résetion de l'urètre périneale*. Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1910, tome II, pag. 1697.

ROCHET. *La dérivation urinaire temporaire dans les opérations sur l'urètre*. Journal d'Urologie, 1912, T. I, pag. 593.

BERGMANN. *Trattato di Chirurgia*. Volume IV. S. T. E. milanese.

CELIAC. *Un cas d'urétroplastie par transplantation d'un fragment de la saphène interne*. mars, 1914.

MARION. *Tecnique Chirurgicale*. Maloine, Paris, 1917.

LEGUEU. *Cliniques de Necker*. Maloine et fils, Paris 1917.

TADDEI. *Le direttive della chirurgia urinaria*. Riforma Medica, 1920, fasc. 35.

Della litiasi renale dopo la nefrectomia per tubercolosi.

Dott. PIERO DE FAVENTO.

Mi sembra interessante pubblicare la storia clinica seguente per la rarità delle complicazioni osservate dopo una nefrectomia per tubercolosi:

D. C., d'anni 46, si presentò nel mio Ambulatorio nel gennaio scorso accusando disturbi vescicali (frequenza, bruciori alla fine della minzione) e dolori al fianco destro con qualche lieve rialzo febbrile. Dall'anamnesi risultava che egli era stato sempre sano fino a 10 anni prima, quando ebbe a soffrire di una orchiepididimite tubercolare, della quale fu operato con emicastrazione nel nostro Ospitale civico.

Guarì perfettamente e si sentì bene fino al dicembre scorso, quando cominciò a soffrire dei primi disturbi vescicali.

Trattavasi di un uomo robusto e grasso. Negli organi toracici ed addominali non si riscontrava nulla di anormale. I reni non erano palpabili. Il testicolo destro mancava. La prostata era alquanto ingrossata, specialmente a destra con noduli di tubercolosi tipici.

Le orine erano torbide, di quantità e peso specifico normali, di reazione acida. Il sedimento conteneva moltissimi leucociti e bacilli di Koch. Sottoposi il paziente ad una cistoscopia e ad un cateterismo ureterale. La vescica che poteva contenere come massimo 150 grammi, presentava la mucosa fortemente alterata ed arrossata attorno all'uretere destro. Il meato ureterale sinistro era normale. L'orina del rene sinistro era limpida, senza albumina nè sedimento, la funzionalità renale ottima. Il rene destro secerneva orina purulenta con bacilli della tubercolosi.

Praticai addì 21 febbraio al paziente una nefrectomia destra in narcosi eterea. L'operazione fu quanto mai laboriosa: il rene era molto grande, aveva forti aderenze, il pedun-

colo renale era molto corto. Dovetti resecare una costola e potei eseguire la nefrectomia sottocapsulare limitandomi a lasciare due pinze sul peduncolo renale causa le gravi condizioni generali del paziente. Dopo alcuni giorni le condizioni del malato erano buone e le orine erano limpide. Nel settimo giorno levai le pinze. Dopo 20 giorni egli abbandonò il Sanatorio in ottime condizioni di salute, senza disturbi vescicali con orine sempre normali. La ferita andava chiudendosi rapidamente. Verso gli utlimi giorni di marzo ricominciarono i disturbi vescicali con forti dolori intermittenti, irradianti al pene. Le orine divennero a tratti torbide, nel sedimento riscontrai leucociti e rare emazie. Ad onta di accurate ricerche non potei trovare bacilli di Koch. I disturbi aumentavano quando il paziente era in piedi. Una cistoscopia mostrò il meato ureterale sinistro arrossato e tumefatto. Dopo alcuni giorni il malato emise un piccolo calcolo urico. Da quel giorno i dolori continuarono con brevi interruzioni e ad intervalli furono emessi ancora 10 calcoli. Una radiografia, praticata dal primario dott. Gortan, mostrò il rene ingrossato con una piccola ombra nel bacinetto; non si riscontrò nulla nè in vescica, nè nell'uretere. Le condizioni del malato sono ora migliorate, sussiste ancora qualche dolore ad intervalli.

L'interesse del caso risiede nella formazione e nell'emissione di calcoli dopo la nefrectomia per tubercolosi, mentre, prima il paziente non aveva mai accusato disturbi di litiasi e non aveva mai emesso calcoli.

Due altri casi consimili, sebbene con disturbi meno accentuati, ho avuto campo di osservare nel reparto urologico dell'Ospedale di Trieste, diretto dal prof. Nicolich.

Trattavasi di due donne, che poco tempo dopo una nefrectomia per tubercolosi, ebbero a soffrire per parecchi mesi di disturbi di litiasi del rene rimasto. Ambedue guarirono perfettamente.

Credo che, specialmente nel primo caso, la formazione dei calcoli non può essere attribuita soltanto all'alimentazione sovrabbondante, alla quale tanto Legueu quanto Pousson fanno risalire la causa della litiasi in alcuni operati di nefrectomia per tubercolosi. Nel mio caso i primi disturbi cominciarono già un mese dopo l'estirpazione del rene quando il malato si nutriva ancora parcamente.

Ritengo invece che l'aumentata funzionalità dell'unico rene rimasto favorisca in individui predisposti la formazione dei calcoli.

Trieste, giugno 1921.

MEDICINA SOCIALE.

Vaccinazione antitifica e tifo endemico.

Dott. M. GIOSEFFI.

In relazione alla nota « La vaccinazione antitifica nella pratica civile », comparsa nel fascicolo 15 del *Policlinico* dello scorso anno, mi siano concesse alcune brevi considerazioni intorno alla generalizzazione del metodo nella lotta antitifica nei piccoli centri dove il tifo è endemico.

Verso la metà del mese di aprile del 1914 si verificava a Parenzo un caso di tifo, accertato tale dal reperto sierodiagnostico e dalla coltura dei bacilli dal sangue periferico, in uno studente quindicenne, il quale frequentava il ginnasio-liceo di Capodistria. Il caso finì letalmente dopo 12 giorni di malattia.

In considerazione della gravità dell'infezione, dei numerosi contatti precoci diretti ed indiretti, avvenuti durante la malattia, e del ritardo con cui vennero prese le precauzioni ordinarie della profilassi della tifoide, trovai di consigliare allora per questo caso la vaccinazione antitifica a tutela dei sani che avevano più specialmente avvicinato l'ammalato.

Furono vaccinate complessivamente 23 persone, tra le quali due bambine, l'una dell'età di 7, l'altra di 11 anni. Ad eccezione di un arrossamento e di un gonfiore al luogo dell'iniezione, di una sensazione di stanchezza e di malessere, di qualche elevazione termica a 37°.3-37°.5 nessuno dei vaccinati ebbe a manifestare disturbi notevoli, solo per un soggetto malarico cronico, era da prendersi in considerazione l'eventualità di un accesso malarico provocato occasionalmente dalla vaccinazione, essendogli subentrato un brivido con temperatura fino a 39 già due ore dopo l'introduzione del vaccino; senonchè l'esame microscopico del sangue riuscito negativo per la presenza di parassiti malarici, la ricomparsa della febbre — se pure meno intensa — nella stessa forma alla 2ª ed alla 3ª iniezione deponeva per l'interpretazione di una reazione vaccinica.

Nessuno dei vaccinati ammalò di tifo e nessun caso ebbe a manifestarsi in nesso al caso accennato ed importato da Capodistria che rimase così isolato.

In nesso a questo caso stimo non privo d'interesse toccare brevissimamente l'argomento se nelle condizioni e per le regioni nelle quali la tifoide è endemica convenga adottare la vaccinazione antitifica su larga scala come è stato fatto per gli eserciti, anche nella pratica civile.

I risultati della vaccinazione antitifica sono

fuori di dubbio, tanto che tutti gli Stati belligeranti hanno reso obbligatoria per le truppe di terra e di mare tale misura, già sperimentata durante la guerra italo-turca e l'impresa coloniale libica, nella guerra sud-africana della Germania contro gli Herreros, nella Francia del Sud, nella Tunisia, nel Marocco, nell'America del Nord, durante la guerra mondiale.

Le questioni che ci proponiamo di esaminare sarebbero due:

Prima questione: *Le condizioni cui sono esposte le truppe di terra e di mare sono paragonabili alle condizioni nostre?*

Dobbiamo convenire che le condizioni cui sono esposte le truppe di terra e di mare sono ben diverse dalle nostre. Per le truppe il *pericolo* d'infezione esiste durante il periodo di dimora nelle regioni infette ed è quindi *temporaneo*. Nelle regioni invece dove la tifoide è *endemica*, le popolazioni sono *costantemente esposte al contagio*.

Nella Venezia Giulia p. e. la tifoide si può considerare endemica: basti consultare il prospetto che riporta le cifre assolute dei morti per tifo negli 1903-1911.

	Popolazione	Morti per febbre tifoide								
	1910	1903	904	905	906	907	908	909	910	911
Trieste.	224.419	23	31	38	39	27	47	23	30	31
Friuli Orientale .	257.938	37	33	43	45	41	46	50	23	40
Istria	397.734	52	70	94	51	51	40	21	42	56

Trieste ci dà tenendo conto della mortalità media per il decennio 1901-1910 la cifra del 0.1 ‰, il Friuli e l'Istria ci davano col 0.2 ‰ la più elevata mortalità per tifo subito dopo la Bucovina (0.5 ‰) e la Galizia (0.3 ‰). Uno studio particolareggiato sulla distribuzione della tifoide in Istria ci permetterebbe ancora di affermare che in questa nuova provincia vi sono delle vere e proprie «nidiate» di tifo (Typhusnester) per usare una frase di Koch.

Noi dovremo in queste condizioni vaccinare allora, si può dire, tutta la popolazione, come nella vaccinazione jenneriana, quando volessimo intraprendere una lotta antitifica su la base della vaccinazione preventiva.

Sorge allora la seconda questione.

Seconda questione: *Posta l'endemicità dell'infezione tifica, si può dalla vaccinazione antitifica attendersi un efficace mezzo per organizzare una lotta sistematica contro la febbre tifoide?*

La vaccinazione antitifica come mezzo profilattico diretto, praticamente applicato, presenta senza alcun dubbio, il mezzo di assicurare agli individui esposti all'infezione un certo grado d'immunità, ma non così esteso, così generale, così duraturo, come si ritiene da taluni, mentre d'altronde molti individui sfuggono allo stato d'immunizzazione. La vaccinazione antitifica pur essendo un prezioso ausilio nella lotta antitifica non risolve completamente il gran quesito della profilassi del tifo, sopra tutto non è di nessun aiuto ad ottenere la distruzione del virus nei suoi serbatoi — che sono gli uomini ammalati, guariti ed anche sani — e nell'ambiente.

All'opposto essa ostacola quasi lo scovamento dei bacilliferi e dei casi frusti od ambulatori che tanta importanza hanno nella epidemiologia e nella diffusione della tifoide in quanto che una sieroreazione di Widal positiva anche nella proporzione 1 : 200, una notevole leucopenia, ed una scomparsa dei leucociti eosinofili, reperti sui quali si fondano i capisaldi per una diagnosi precoce di un microbismo tifico latente od in atto si hanno già dopo la prima o la seconda vaccinazione, e persistono anche per mesi (Frieda Schneider, Hirschbruch). Se l'individuo è quindi con la vaccinazione personalmente protetto, non per questo egli cessa di essere, se portatore, un disseminatore di germi ed una perenne fonte di contagio, non riconosciuta, ed a causa della vaccinazione difficilmente riconoscibile come tale. È per questa ragione che la vaccinazione antitifica è bensì un mezzo profilattico individuale ed in parte anche collettivo, *ma solo temporaneamente* e non dispensa in alcun modo di vigilare e di provvedere ad una sempre maggiore intensificazione dei mezzi generali di lotta, che tendono a scoprire ed a sopprimere i focolai d'infezione. La vaccinazione antitifica per essere in tali condizioni non solo individualmente ma anche socialmente un mezzo utile nella lotta contro la tifoide dovrebbe essere associata alla eruizione sistematica dei bacilliferi e dei casi leggeri, massime tra i vaccinati, poichè tra coloro che vengono vaccinati, appunto perchè più specialmente esposti al pericolo d'infezione, è verosimile che si riscontrino con maggior probabilità quei bacilliferi che rappresentano una delle fonti principali di contagio. Sarà un provvedimento di non facile pratica attuazione qualora si trattasse di operare su di una popolazione numerosa, poichè si sarebbe condotti a fare appello ad un numero di batteriologi che non dappertutto sarebbe possibile di trovare. Sarà invece un provvedimento che si presenta sotto un aspetto affatto diverso quando si tratti di operare la ricerca nello *entourage* dei malati all'inizio di una recrudescenza epidemica e quando i casi sono poco numerosi od in collettività limitate, cittadine, nuclei rurali, convitti, scuole, asili, ecc.

A preservare però la popolazione civile dall'infezione tifica converrà insistere acchè si rimuovano durevolmente le cause che mantengono elevato il coefficiente di morbilità e di mortalità per tifo in città come in provincia e ricorrere alla vaccinazione solo quando si tratti di una ecezionale insorgenza del tifo o di persone poco fidate e specialmente esposte al contagio.

In regioni dove sono endemiche varie infezioni (tifo, dissenteria) dovremo altrimenti sempre imperversare con le siringhe per l'introduzione di vaccini e di sieri curativi e preventivi.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Sulla nefrite.

(E. ROMBERG. *Med. Klinik*, n. 2-3).

Le diverse forme di nefrite non sono strettamente differenziate: esistono forme di passaggio di ogni gradazione tra le acute e le croniche, tra le forme glomerulari e le forme tubulari, tra il comune quadro cardiaco o cerebrale del rene arteriolo-sclerotico e il rene grinzo secondario. Pure, a seconda del carattere che maggiormente domina il quadro morboso, si possono distinguere le nefriti in: glomerulari acute, tubulari acute, glomerulari subacute e croniche, tubulari croniche e rene arteriolo-sclerotico.

I. *Nefrite glomerulare acuta.* — Il processo si inizia nei glomeruli; il sintomo più caratteristico è l'ematuria. La compartecipazione dei tubuli si riconosce dalla cilindruria: dagli epitelî danneggiati escono delle goccioline protoplasmatiche che confluiscono in cilindri jalini; se lo sfacelo è più intenso si formano i cilindri granulosi; se si staccano degli epiteli interi, i cilindri epiteliali; se il protoplasma cellulare subisce delle profonde alterazioni, i cilindri cerei. I glomeruli e i tubuli diventano permeabili all'albumina. Nei casi più lievi (nefrite da infezioni acute, da suppurazioni croniche, da angina, polmonite, grippe, sepsi, ecc.), le manifestazioni morbose si limitano a queste enumerate; nelle forme più gravi si manifestano presto dei disordini nella eliminazione dell'acqua, dei cloruri e dell'azoto (aumento della pressione sanguigna, edemi, uremia). Gli edemi, più o meno frequenti nelle diverse forme di nefrite acuta (nel 10 % delle nefriti scarlattinose) oggi non si attribuiscono più esclusivamente alla ritenzione di cloruri; si dà invece grande importanza alle anomalie dei vasi sanguigni (che lasciano passare l'acqua) e dei tessuti (che la trattengono). Questi fattori extrarenali possono già per se stessi provocare una diminuzione nell'eliminazione di acqua e dei cloruri. Alla determinazione di edemi nei nefritici concorrono dunque contemporaneamente fattori renali (ritenzione di acqua e di cloruri) e fattori extrarenali (alterazioni dei vasi e dei tessuti). È probabile che le alterazioni dei vasi sanguigni e del tessuto sieno di origine renale. Il decorso è per lo più benigno, guarigione in 3-5 mesi, se il trattamento è razionale. Scompaiono da prima l'aumento della pressione sanguigna, gli edemi ed i sintomi uremici; soltanto più tardi l'albuminuria, la cilindruria, l'ematuria. Solo in circa il 4 % dei casi l'affezione diventa cronica. In alcuni casi l'albuminuria permane isolata; ciò non ha importanza clinica, si tratta di una guarigione con difetto.

Cura. — Dieta povera di liquidi, di cloruri, di azoto; ricca di alcali e povera di acidi; a valore calorico elevato (ricca di idrati di carbonio) onde mantenere basso il ricambio azotato endogeno. Le considerazioni più recenti sconsigliano la dieta lattea (eccessiva introduzione di liquidi). È utile la dieta di Nonnenbruch: 400 gr. di latte o the, 150 gr. di pane, 450 gr. di farinacei (riso, pasta, semolino, ecc.), 250 gr. di erbaggi preparati senza droghe nè sale, 90 gr. di burro, 600 gr. di frutta cruda o cotta ogni giorno. È utile alternare 5 giorni di tale dieta con 2-3 giorni di dieta povera di cloruri, ma un po' più ricca di liquidi (che non superino i 1200-1500 cmc.). Questa dieta non si deve prolungare per più di alcune settimane. Gli ammalati devono rimanere a letto; è inutile farli sudare.

II. *Nefrite tubulare acuta.* — È detta anche nefrosi per il suo carattere degenerativo, non infiammatorio. I sintomi principali sono l'albuminuria e la cilindruria; non esiste ematuria. Non si osservano edemi nè sintomi uremici in queste forme, di solito consecutive a difterite, colera, intossicazioni. Nella nefrite da sublimato (detta da Volhard necrosi renale da sublimato) nonostante le insignificanti lesioni anatomiche dei glomeruli, si manifestano dei gravi disturbi funzionali a carico di questi: oliguria, aumento della pressione sanguigna, azotemia. La cura della nefrite da sublimato è identica a quella della glomerulonefrite acuta; nelle altre forme di nefrite tubulare sono sufficienti il riposo a letto e una dieta non irritante.

III. *Nefrite glomerulare subacuta.* — La sintomatologia è quella della forma acuta, la

durata è maggiore. Si osserva spesso nella sepsi protratta, specialmente nell'endocardite subdola. Se la nefrite accompagna affezioni febbrili, manca l'aumento della pressione sanguigna. La scarsezza di cilindri indica la scarsa partecipazione dei tubuli.

IV. *Nefrite glomerulare cronica.* — Si dovrebbe chiamare fin dal suo inizio « rene grinzo glomerulare », se, con la denominazione « rene grinzo » si intende non un rene già raggrinzato, ma un rene in via di raggrinzamento. Anatomicamente: il rene è ingrandito, la capsula aderisce fortemente alla superficie, finemente solcata; la corticale è assottigliata. Istologicamente: sempre più numerosi glomeruli mostrano un'occlusione vasale in seguito alla proliferazione endoteliale, e si trasformano in connettivo.

I tubuli corrispondenti collabiscono e si atrofizzano; intorno prolifera il connettivo. I glomeruli conservati appaiono ingranditi; il loro epitelio è appiattito. Queste forme talvolta, sembrano svilupparsi senza un precedente stadio acuto; di solito esse rappresentano l'esito della nefrite glomerulare acuta, specialmente di quelle forme tipiche che si accompagnano ad aumento della pressione sanguigna, a volte però anche di forme lievi, senza neppure edemi. La malattia è sempre mortale. Il decorso è vario: a volte uniformemente progressivo, è il più delle volte distinto da periodi di quiete cui si alternano dei peggioramenti acuti accessuali. In tali periodi l'ematuria, gli altri caratteri dell'urina, i sintomi uremici danno luogo a un quadro identico a quello della forma acuta; l'aumento della pressione sanguigna è considerevole, mentre è più scarso (ma sempre evidente) nei periodi di quiete, nei quali anche l'ematuria può essere così scarsa da confondersi con lo stesso fenomeno da insufficienza cardiaca. Negli ultimi stadî compare la retinite albuminurica, verso la fine infiammazioni delle sierose. La quantità dell'urina è aumentata, il peso specifico è basso. L'influenza dell'aumentata pressione sanguigna sul cuore si manifesta precocemente: circa 1/6 dei malati muore per insufficienza cardiaca. La maggior parte (circa il 50 %) muore per insufficienza renale.

Un sintomo pericoloso è, prima ancora della diminuzione della poliuria, la « nicturia » (urina eliminata principalmente di notte): rapidamente si accumulano allora nel sangue le scorie del ricambio; l'azoto residuo raggiunge e spesso supera il valore di 60 mg. in 100 cmc. di siero. Gli ammalati hanno inappetenza, ripugnanza per la carne, sete intensa, cefalea forte, astenia, insonnia; sono irritabili e insofferenti; compaiono sussulti, raramente accessi convulsivi; alla fine, coma (forma astenica dell'uremia). Non si conoscono le cause dell'uremia; è molto dubbio che essa sia in rapporto con l'accumulo di scorie azotate. È probabile un rapporto con l'alterazione della concentrazione degli joni nel sangue, conseguenza della malattia renale. Nei periodi acuti di peggioramento, la cura dev'essere quella delle forme glomerulari acute; soltanto se l'urina è diminuita e a peso specifico basso, alla dieta di Nonnenbruch si aggiungeranno 1 ½-2 litri di liquidi. È utile anche, all'infuori di questi periodi acuti, somministrare per 2-3 giorni alla settimana una dieta povera di cloruri e di azoto; nelle forme più gravi, si farà ciò per 4-5 giorni di seguito ogni settimana. Spesso sono necessari i diuretici; si darà la teocina natrio-acetica, ogni secondo giorno in 3 dosi di 10 ctgr., fino a 20 ctgr., a seconda dell'effetto; oppure la diuretina in dosi giornaliere di 2-4 gr. È dannoso far sudare i malati. Se minaccia l'uremia, salasso.

V. *Nefrite tubulare cronica.* — Predomina l'alterazione dei tubuli; sono sempre alterati anche i glomeruli. Anatomicamente, grosso rene bianco. Gli edemi durano a lungo. Da principio mancano l'aumento della pressione sanguigna e i sintomi uremici. L'ematuria è scarsa e spesso manca; così pure la cilindruria. Frequente in tale stadio la morte per infezioni miste; nei malati che sopravvivono si sviluppa il quadro della nefrite glomerulare acuta. Alcune forme considerate come « tubulari pure » sono denominate « nefrosi croniche »; coesistono però delle alterazioni glomerulari. Non esiste ematuria; per anni possono mancare l'aumento della pressione del sangue e i sintomi uremici. È caratteristica specialmente nelle forme luetiche (che possono migliorare con la cura specifica) la presenza di goccioline di grasso nell'urina. Forse queste forme possono guarire: il rene grinzo tubulare è estremamente raro.

Suscettibile di guarigione è la nefrite da gravidanza, che rappresenta un'affezione renale diffusa, con lesioni predominanti in corrispondenza dei tubuli; l'ipertonia, l'ematuria, la retinite albuminurica la differenziano dalle nefrosi.

VI. *Il rene grinzo arteriolo-sclerotico* è l'affezione renale più frequente. La malattia consiste nella distruzione progressiva dei glomeruli in seguito a restringimento sclerotico dei vasi afferenti; i glomeruli si trasformano in connettivo, i tubuli si atrofizzano. Nelle zone

atrofizzate polifera il connettivo. La corticale si assottiglia, la superficie si fa irregolare, il rene si raggrinza: in un primo stadio esso conserva il suo volume normale, oppure aumentato se esiste stasi cardiaca, in seguito esso acquista i caratteri del rene piccolo rosso. Senza dubbio esistono degli stretti rapporti tra questa affezione e l'arteriosclerosi generale, specialmente l'arteriosclerosi renale; però non è possibile affermare con sicurezza che le lesioni renali dipendono dall'arteriosclerosi generale. Esistono numerosissime varietà, dalle forme benigne che potrebbero dipendere dall'alterazione arteriosa generale, a quelle forme, dette « renali pure » che finiscono con l'uremia, nelle quali la diagnosi differenziale con le forme di glomerulo-nefrite cronica non è possibile quando non si manifestino i periodi acuti di peggioramento, caratteristici di quest'ultima. Il sintomo principale è l'ipertonia (ipertonia essenziale con lesioni renali secondarie, oppure ipertonia secondaria alle alterazioni del rene?); caratteristica è la grande sensibilità delle arterie ipertoniche e del cuore corrispondentemente ipertrofico agli stimoli lievi: emozioni, fatiche, il fumare aumentano notevolmente la pressione sanguigna; la digitale l'abbassa già in piccole dosi. Oltre all'ipertonia è caratteristico l'asma renale. Esso si presenta nelle ore del pomeriggio o della notte, talvolta rappresenta il primo sintomo morboso, si limita in alcuni casi a un transitorio senso di oppressione, mentre in altri la dispnea è intensa, come nell'asma cardiaco: però la respirazione non è forzata come in quest'ultimo, essa è ampia e accelerata, il polso si mantiene buono, il cuore batte validamente anche durante gli accessi più gravi. Probabilmente l'asma renale è dovuto a disturbi vasomotori dei centri regolatori della respirazione.

L'urina è spesso normale per quantità e concentrazione, spesso però la quantità è più alta e il peso specifico più basso di quanto sarebbe da aspettarsi data la debolezza cardiaca concomitante. Si osserva « nicturia » specialmente dopo abbondanti ingestioni di liquidi. Si sviluppano degli edemi, compaiono retinite albuminurica, talvolta epistassi abbondanti. In seguito aumenta l'azoto residuo nel sangue e si manifestano i sintomi dell'uremia astenica. È frequente uno stato più o meno grave di confusione psichica, dovuto alla sclerosi delle arterie cerebrali.

Cura. — Digitale in piccole dosi, 10-20 ctgr. al giorno, diuretina 50 ctgr.-1 gr., data nel pomeriggio; 2 ctgr. di dionina per evitare l'accesso di asma; quest'ultimo scopo spesso viene raggiunto evitando l'ingestione di liquidi alcune ore avanti l'attacco (p. es. negli attacchi notturni, non più di 1/4 di litro dopo le 16 ore). Di essenziale importanza è la regola di vita: limitazione dell'attività, riposo, forte limitazione del fumo e dell'alcool. È utile la papaverina che in 3-4 dosi giornaliere di 4 ctgr. diminuisce il tono vasale. Al caso, salasso.

POLLITZER.

NEUROLOGIA.

La natura dei movimenti coreici.

(ANDRÉ-THOMAS. *Presse Médicale*, 1922, n. 3).

Quantunque il riconoscimento dei movimenti coreici non offra difficoltà, tuttavia una definizione esatta di essi è presso che impossibile perchè non sono stati loro assegnati caratteri speciali e proprietà fondamentali.

Sono indicati come movimenti coreici quelli della corea di Sydenham, della corea ereditaria, della corea cronica, dell'emicorea postemiplegica, della corea encefalitica, della corea di Dubini, della corea d'Henocque-Bergeron. Quantunque i movimenti di tutte queste affezioni abbiano un'aria di famiglia, tuttavia un esame accurato rileverebbe alcune differenze e particolarità spesso accentuate. Così le scosse miocloniche della corea di Dubini non sono comparabili alla grande agitazione motrice della corea di Sydenham.

Quest'ultima dopo essere stata considerata una nevrosi è passata dalla patologia funzionale a quella organica, non perchè si siano riconosciuti caratteri speciali ai così detti movimenti coreici, ma perchè negli individui affetti da tale malattia si sono constatati sintomi organici piramidali o cerebellari. La coincidenza di infezioni, la trasformazione della corea benigna in corea grave, i risultati della puntura lombare, le lesioni anatomo-patologiche hanno convalidato il carattere organico dell'affezione. Tanto che anche in assenza di sintomi clinici organici, che per altro non sono costanti, si può quasi sempre concludere per un'affezione organica.

Naturalmente la varietà qualitativa e quantitativa dei movimenti coreici è in rapporto con la natura e la estensione del focolaio cerebrale.

Nella corea del Sydenham si possono distinguere due gruppi di disturbi cinetici: 1° movimenti disordinati, irregolari, senza scopo, involontari, considerati come movimenti coreici propriamente detti: essi possono modificarsi sotto l'influenza del riposo, che deve essere considerato sempre il migliore agente terapeu-

tico, e della volontà; 2° scosse clonico-toniche, che non scompaiono completamente ma diminuiscono col riposo e per azione della volontà: esse sono tanto più nette quanto meno accentuata è la grande agitazione, prevalgono in alcuni gruppi muscolari, particolarmente a quelli della spalla; non è impossibile, quando sono forti e frequenti, che destino l'agitazione coreica e viceversa; e non è raro che durino indefinitamente ed isolatamente in certe coree.

Questa distinzione di disturbi cinetici, che una volta era del tutto trascurata, fa pensare quanto sia opportuno insistere nell'analisi dei movimenti, che si hanno nella corea, per svelarne la natura.

Un malato di 60 anni, ad esempio, esaminato dall'A., il quale fu colpito improvvisamente da una sindrome da lesione interessante la via piramidale e quella cerebellare, con agitazione motrice, presentava delle particolarità che si prestano per tale studio. Le sincinesie erano notevolmente accentuate e con caratteri affatto particolari. Ogni movimento volontario della mano o del piede destro, con o senza resistenza, ma più se v'era resistenza, ogni atto eseguito dalla mano e dal piede stesso, erano accompagnati da movimenti dei due arti di sinistra, d'una ampiezza generalmente più grande per l'arto inferiore; oltre a ciò questi due arti stessi avevano tendenza a portarsi in adduzione e rotazione interna, salvo quando il braccio si allontanava dal tronco o si elevava: in questo caso il braccio sinistro si portava in abduzione e la coscia si rotava in fuori. Se il malato eseguiva movimenti alternati con gli arti di destra, gli stessi movimenti si abbozzavano o si eseguivano, ma con minore ampiezza, a sinistra. Quando il malato era seduto sul bordo del letto le sincinesie dell'arto inferiore erano ancora più evidenti. La coscia si elevava quasi sempre al disopra del piano del letto, il piede si metteva in flessione dorsale, l'alluce si estendeva. D'altra parte tutti i movimenti eseguiti per comando e tutti gli atti dell'arto superiore sinistro provocavano movimenti dell'arto inferiore dello stesso lato e viceversa. Le sincinesie si verificavano anche ai movimenti di rotazione della testa, sopra tutto verso sinistra, della lingua e degli occhi. Gli stessi fenomeni, con qualche lieve modificazione e riduzione, si avevano anche con i movimenti passivi o con eccitamenti d'altro genere, quali le punture ed il solletico.

Questo malato, insomma, anche quando era cessato ogni movimento coreico apparentemente spontaneo, era interessante per la intensità delle sincinesie e più ancora per la forma e la intensità dei movimenti provocati dalla mobilizzazione passiva o dalle eccitazioni profonde e superficiali. L'atteggiamento dell'arto superiore durante questi movimenti riflessi era comparabile all'attitudine permanente di contrattura dell'arto anteriore della scimmia scerebrata o dell'arto superiore di malati la cui lesione è comparabile alla scerebrazione sperimentale. Wilson ha già segnalato le rassomiglianze tra questo atteggiamento e la forma dei movimenti coreici.

Si potrebbe obbiettare che questi movimenti non sono per nulla coreici, poichè non sopravvengono più spontaneamente o che si producono ora come movimenti riflessi o associati. Ma sta di fatto che al principio della malattia essi erano, almeno in apparenza, spontanei, e che essi ricordano per la forma i movimenti coreici che si incontrano nella corea dell'infanzia o di Sydenham, nella quale per altro le sincinesie sono frequenti, quantunque non ripetano mai il movimento iniziale e si riproducano quasi costantemente con il raddoppiamento dei movimenti coreici.

Si sarebbe quindi tentati di domandarsi se i movimenti coreici sono effettivamente spontanei, o se non siano invece sincinesie o movimenti riflessi provocati da eccitazioni diverse endogene o esogene e variabili secondo il soggetto, il momento e la lesione.

In un'altra malata, nella quale i movimenti anormali presentavano tutti i caratteri di quelli coreici, della corea del Sydenham, ma non comparivano spontaneamente, nè come sincinesie, nè per eccitazioni periferiche, l'agitazione motrice si presentava solo con la conversazione, con un certo grado di attività o eccitazione psichica: l'agitazione raggiungeva il maximum quando la malata si occupava e sopra tutto quando si preoccupava del suo bambino.

Evidentemente i due malati in quistione non erano colpiti dalla stessa affezione: nella prima si trattava di una lesione a focolaio o di più focolai localizzati nella regione ipotalamica; nella seconda non esisteva nè rammollimento, nè emorragia, e le lesioni erano più discrete, ma forse più diffuse.

Nell'una e nell'altra i movimenti coreici non apparivano più spontaneamente, ma erano provocati da eccitazioni differenti malgrado la volontà, ed al difuori dell'automatismo degli atti abituali, si può dire in modo riflesso.

Questi riflessi senza dubbio sono differenti da quelli ai quali finora si è riservato questo nome. *Dr.*

EPIDEMIOLOGIA.

Studi sulla febbre gialla.

(J. GUITERAS. *La Reforma médica*, Lima, dicembre 1921).

In una conferenza tenuta innanzi all'Accademia dele Scienze dell'Avana, l'autore, che è professore di Patologia Generale e Tropicale in quella Università e direttore della Sanità Pubblica di Cuba, ha largamente riferito intorno alle ricerce compiute nell'Africa occidentale tropicale, ove sono antichi focolai di febbre gialla, dalla Commissione dell'Istituto Rockefeller, della quale egli faceva parte. La detta Commissione, presieduta dal Generale Gorgas, era composta dal generale A. E. Noble, del corpo medico dell'esercito americano, dai professori Stokes e Guiteras e dal dottor W. D. Tytler.

Ecco le principali conclusioni esposte dall'A. al termine della sua interessante relazione. Esse tendono, in complesso, a porre molto in dubbio il valore eziologico della *Leptospira icteroides* di Noguchi, quale supposto agente specifico della febbre gialla.

Anzitutto l'autore rileva una circostanza di fondamentale significato, come cioè non esista alcuna concordanza fra l'epidemiologia della febbre gialla e la biologia della spirocheta descritta dal Noguchi.

La leptospira itteroide risulta facilmente trasmissibile attraverso graffiature e lesioni superficiali della cute. Ma dopo le convincenti dimostrazioni fornite dalla Commissione Americana all'Avana, circa la trasmissibilità della febbre gialla a mezzo della zanzara, non si presero più precauzioni di sorta nelle autopsie di cadaveri di soggetti morti per tale malattia e molte autopsie vennero praticate da persone non immunizzate: ad onta di ciò, non si è mai verificato un sol caso di infezione amarillica.

Il numero dei casi nei quali Noguchi è riuscito a dimostrare la presenza della leptospira nella febbre gialla, per esame diretto o per inoculazione nella cavia, fu relativamente scarso.

A Guayaquil, di 27 casi di febbre gialla, soltanto 6 dettero un resultato positivo. Da questi 6 casi si prelevò materiale per inoculare 74 cavie. Di queste solamente 8 rimasero infette. Di tutte le culture eseguite prelevando materiale da 11 casi, due sole risultarono positive!

Il dott. Lebredo, inviato dalla Direzione di Sanità di Cuba a Merida nel Yucatan, inoculò delle cavie prelevando il materiale da 15 casi di febbre gialla, e non ottenne alcun resultato.

Da cinque casi di febbre gialla verificatisi all'Avana, per importazione da Vera Cruz, venne prelevato il sangue nei primi tre giorni della malattia e, seguendosi appuntino la tecnica di Noguchi, il sangue stesso fu iniettato a diverse cavie: non si ebbe alcuna infezione positiva, nè si vide alcuna leptospira.

Il Noguchi afferma di avere conseguito maggior numero di successi nelle sue inoculazioni, con sangue estratto dopo il terzo giorno della malattia, mentre invece le famose esperienze della Commissione Americana tendono a dimostrare che il *virus* della febbre gialla, dopo il terzo giorno di malattia, non si trova più nel sangue periferico!

Gli esperimenti fatti da Noguchi per dimostrare la trasmissione del germe specifico, a mezzo della zanzara, sono pochi. Di due tentativi, uno solo dette risultato positivo. Anche dei molti tentativi fatti nelle cavie, pochissimi riuscirono ed è il caso di domandare se, anche in questi casi, non si sia verificata qualche contaminazione accidentale, data la grande facilità con la quale le leptospire infettano certe specie animali. Per esempio, il dott. Lebredo ha descritto il caso di una cagna che si infettò per mezzo dei suoi piccoli che erano stati inoculati.

Le lesioni anatomiche prodotte dalla *Leptospira icteroides* nella cavia sono molto diverse da quelle che si riscontrano nell'uomo morto di febbre gialla. Sono, invece, uguali a quelle che si osservano nell'uomo che muore della malattia di Weil e nella cavia infettata con l'una o l'altra delle leptospire.

Le lesioni più cratteristiche che si trovano nell'uomo morto di febbre gialla, sono: emorragia nella cavità gastrica; il vomito nero, che si ritrova nella grande maggioranza dei casi; il fegato grasso e color di pelle conciata, che si osserva pure in quasi tutti i casi.

Non una sola volta si sono osservate queste lesioni nelle cavie.

Il loro fegato si è sempre trovato oscuro e la mucosa gastrica ha presentato solo infiltrazioni ematiche puntiformi, tali e quali si osservano nell'uomo morto per morbo di Weil e nella cavia inoculata col germe specifico di questo, cioè la *Leptospira ictero haemorragiae*. L'autore afferma di aver potuto verificare ciò con esperimenti recentemente effettuati all'Avana, essendo riuscito ad isolare la *Leptospira ictero haemorragiae* da ratti infetti trovati al pubblico macello.

Le infiltrazioni emorragiche sono più numerose e generalizzate, molto frequenti nelle sierose e nel tessuto connettivo sottocutaneo, sia

nell'uomo morto per morbo di Weil, sia nelle infezioni sperimentali dovute alle due leptospire: quella del morbo di Weil e quella di Noguchi.

Le lesioni polmonari tanto caratteristiche di queste due infezioni, non si ritrovano mai nella febbre gialla.

L'istologia patologica del fegato nel morbo di Weil e nelle cavie infettate con le due leptospire dimostra una completa assenza di quella degenerazione grassa che è così caratteristica nella febbre gialla.

Le differenze epidemiologiche e cliniche tra la febbre gialla e il morbo di Weil sono talmente fondamentali, per cui rimane difficile ammettere che possano essere prodotte da microrganismi così affini come sarebbero la leptospira di Noguchi e quella di Inada.

Gli studiosi odierni della febbre gialla non hanno conosciuto questa malattia al tempo delle sue stragi. La sua epidemicità potrebbe paragonarsi quasi a quella dell'influenza. In una sola stagione estiva essa recava la desolazione in tutta la vallata del Mississipì, raggiungendo S. Luigi nel Missouri. Essa penetrava in tutte le case, quella del ricco come quella del povero, quella aereata e igienica come quella umida e malsana. Era il terrore della popolazione bianca degli Stati Uniti. Lo stesso accadde in Spagna al principio del secolo scorso e all'istesso modo venivano decimati i contingenti militari che giungevano in località endemiche.

Si confronti questo quadro con quello del morbo di Weil: qui si hanno soltanto piccole scintille limitate, vacillanti e irregolari, per cui si discute ancora se si tratti di una malattia estiva o invernale. Essa si manifesta soltanto in località umide e malsane e si trasmette a mezzo dei topi che, alla loro volta, si infettano relativamente poco.

E quale contrasto fra la sperimentazione così difficile colla *leptospira icteroides*, fra le difficoltà di ritrovarla nella circolazione periferica e di trasmetterla dall'uomo ammalato all'animale di laboratorio, e la propagazione così veloce e così facile della febbre gialla!

Anche clinicamente sono due malattie molto diverse: cortissimo periodo di incubazione nella febbre gialla; da 7 a 14 giorni di incubazione nella malattia di Weil. Decorso breve senza marcate remissioni nella febbre gialla, lungo decorso con interruzioni apiretiche e ricadute nel morbo di Weil, che rassomiglia al decorso caratteristico delle febbri congeneri: le ricorrenti a spirilli. Polso lento e tardo nel morbo di Weil, fenomeno questo attribuito all'ittero; polso rapido, al contrario, nella febbre gialla, in cui appare precocemente. Il fegato e i muscoli dolorosi nel morbo di Weil: invariati nella febbre gialla. L'albumina e l'ittero più precoci in quest'ultima; l'albumina più abbondante nella febbre gialla, meno abbondante nel morbo di Weil e più in relazione, quivi, con la gravità dei sintomi. L'ittero più tardivo, ma più intenso e più subitaneo nella sua diffusione nella malattia di Weil. In questa le feci sono frequentemente scolorate dalla bile, mentre la colorazione biliare è più spesso intensa nelle urine. Nella febbre gialla la quantità dell'urea diminuisce considerevolmente fin dal principio, il che non si verifica nel morbo di Weil. L'*herpes labialis* è frequente nel morbo di Weil e rara nella febbre gialla. Il vomito nero è caratteristico nei casi gravi di febbre gialla, mentre è raro nel morbo di Weil.

Il delirio è agitato nella febbre gialla, mentre presenta un carattere più tifoideo, con tendenza al sopore nel morbo di Weil.

Disgraziatamente non possiamo neppure affermare che abbiano ottenuto resultati convincenti i sieri e i vaccini di Noguchi.

Esistono, inoltre, differenze fondamentali nelle reazioni ematologiche delle due malattie. La malattia di Weil è anemizzante, la curva dell'emoglobina e degli eritrociti discende progressivamente, fino a raggiungere: la prima il 42 % e i secondi il numero di 1.700.000. Nella febbre gialla, il livello di entrambe le reazioni si mantiene sempre alto. Nel morbo di Weil si ha un'iperleucocitosi, nella febbre gialla si ha leucopenia. Iperleucocitosi polimorfonucleare, con diminuzione dei grandi mononucleari, nel morbo di Weil, aumento di questi ultimi e mononucleari nella febbre gialla.

In conclusione è da ritenersi che le leptospire trovate in alcuni casi di febbre gialla, non rappresentino se non delle infezioni secondarie.

M. P.

MEDICINA SPERIMENTALE.

Peritoniti biliari.

(RAZZABONI. *Giorn. di Clin. Medica*, n. 17-18, 1921).

Il versamento libero di bile nel cavo peritoneale può esser prodotto da diverse cause (traumi, processi infiammatori, ecc.) capaci di ledere l'integrità delle pareti delle vie biliari principali.

Il coleperitoneo sperimentalmente ottenuto (mediante ferite praticate nella cistifella degli animali o mediante l'iniezione intraperitoneale di bile asettica) ha determinato a volte una peritonite emorragica mortale, associata a

fatti di tossiemia (Fränkel, Ebhrardt, Bouchard, D'Agata, Bunting. Brown, ecc.), a volte, invece, non ha prodotto nè processi infiammatori, nè altri fenomeni morbosi (Schwarz, Biagi, Frerichs, Finsterer, ecc.).

Neanche nel campo clinico le opinioni sull'argomento sono concordi.

Varie e complesse sono le cause del disparere esistente tra i varii AA.

Anzitutto, occorrerebbe esser d'accordo circa la sterilità o meno della bile normale, nonchè circa l'azione tossica che essa, secondo alcuni AA., possiede.

Finchè non si potrà giungere all'accordo su tali ed altre quistioni, la fisiopatologia del coleperitoneo puro rimarraà poco chiara.

Il Razzaboni riporta il caso di un uomo di 24 anni nel quale, in seguito ad un violento urto riportato nella regione del'ipocondrio destro senza lesione di continuo della parete toraco-addominale, si resero manifesti, sei giorni dopo il trauma, un cospicuo versamento di liquido libero nella cavità addominale ed un intenso colorito itterico della cute e delle congiuntive.

Comparvero successivamente vomito e stitichezza. Una laparotomia esplorativa rivelò presenza di cospicua quantità di bile nel cavo peritoneale; il peritoneo presentava spiccata replezione vasale.

Le condizioni del malato non permisero la ricerca e la riparazione del tratto di vie biliari che il trauma avea leso.

Il P. morì qualche giorno dopo, nè fu permessa l'autopsia.

Un frammento di peritoneo parietale, prelevato durante la laparotomia, dimostrò:

Vasodilatazione, piccole emorragie, presenza di focolai microscopici d'infiltrazione parvicellulare, lesioni varie dell'epitelio.

Il liquido raccolto dalla cavità addominale era di color verde-cupo, di aspetto torbido, di reazione alcalina.

La densità era 1034; vi erano tracce di albumina e di sangue. Spiccatissima la reazione di Gmelin.

Nel sedimento, contenente fiocchi nero-verdastri: detriti granulari color verde-chiaro, in parte rifrangenti; emazie; polinucleari più o meno alterati; filamenti fibrinoidi.

Non vennero eseguite ricerche batteriologiche, nè di controllo sugli animali.

L'A. intraprese delle ricerche sperimentali su cavie, conigli e cani nei quali, praticando asetticamente una breccia sul fondo della cistifellea, determinava il coleperitoneo puro.

Si propose di risolvere i seguenti quesiti:

1° Determinare le principali proprietà fisico-chimiche e tossiche della bile raccoltasi nella cavità addominale;

2° Stabilire le caratteristiche citologiche dell'eventuale essudato peritoneale e illustrare le conseguenti alterazioni del peritoneo (parietale) e dell'omento;

3° Accertare le lesioni istologiche dei principali organi e sistemi addominali e quelle esistenti in alcuni altri lontani.

Gli esperimenti eseguiti sulle cavie (6) furono negativi, perchè la breccia, per quanto larga, praticata nella cistifellea, si obliterava spontaneamente e rapidamente. Poco dimostrativi furon quelli praticati sui conigli (8).

Nei cani (8) il coleperitoneo si produsse sempre: 3 animali morirono in seconda e terza giornata; gli altri furon sacrificati, sempre in stato preagonico, entro un periodo di otto giorni.

In tutti il liquido rinvenuto nell'addome presentava i seguenti caratteri:

Colore verde-oscuro; aspetto torbido; reazione alcalina; densità variabile da 1023 a 1036; reazione di Gmelin spiccata; presenza di sangue, di albumina e di fibrina.

Nell'abbondante sedimento: detriti granulo-filamentosi di color verdastro; scarse emazie; cellule dell'epitelio peritoneale; polinucleati neutrofili e discreto numero di eosinofili; elementi a tipo linfocitario; cellule rotonde od ovali con nucleo centrale e protoplasma granuloso per presenza in esso di detriti.

Tutti questi elementi presentavano alterazioni più o meno cospicue.

In alcuni animali (cavie e conigli) venne inoculato tale liquido per via endovenosa od intraperitoneale; in altri, per le stesse vie, venne inoculata della bile normale di cane.

Risultò: Che l'iniezione intraperitoneale di bile normale era tollerata più o meno bene, mentre quella praticata col liquido biliare di coleperitoneo causava, in meno di 24 ore, la morte di quasi tutti gli animali d'esperimento.

D'altra parte, si vide che tale liquido, iniettato nelle vene, provocava la morte dei conigli a dose inferiore (circa metà) di quella occorrente di bile normale.

Nei cani il peritoneo era di color verdastro per l'imbibizione di liquido biliare; avea perduto la normale lucentezza e presentava spiccata replezione vasale.

All'esame istologico si scoprirono in esso varie alterazioni riferibili ad un lieve processo infiammatorio a tipo fibrino-emorragico

L'omento, che era di color verdastro, presentava vasodilatazione, suffusioni emorragiche ed, a tratti, perdita dell'aspetto macroscopico

di organo grassoso (aspetto quasi carnoso, a parte il colorito).

Istologicamente, nei detti tratti, l'organo avea apparenza linfoide e le cellule grasse erano povere o del tutto prive del loro contenuto grassoso.

Nello stomaco e intestino (sierosa e sottomucosa) fatti d'infiltrazione emorragica.

Nel fegato (ingrandito, congesto, seminato di emorragie puntiformi, con cistifellea vuota), all'esame istologico: fatti degenerativi (cariolisi, ecc.) e focolai d'infiltrazione emorragica.

Nel pancreas, d'importante, vasodilatazione e piccole emorragie disseminate.

Nella milza: abbondanti depositi di pigmento. I gangli mesenterici e retroperitoneali erano aumentati di volume, di color verdastro e succolenti. I seni linfatici, all'esame microscopico, si rivelarono pieni di emazie, leucociti, detriti di color brunastro, ecc.

I reni erano congesti, con capsula facilmente scollabile, e presentavano inoltre: replezione vasale diffusa alla sostanza midollare e alla corticale; piccole emorragie a sede varia; lesioni regressive dell'epitelio canalicolare (specie dei tubuli contorti e delle anse di Henle).

Nella vescica, tromba, ovaia e testicolo si rinvennero lesioni a tipo emorragico-congestizio.

I polmoni, sempre diffusamente congesti, presentarono, a volte, dei focolai di pseudoepatizzazione alle basi.

All'esame istologico: infiltrazione emorragica dei setti e degli alveoli, con parziale caduta dell'epitelio. Spesso nel cavo pleurico vi era liquido torbido, rosso giallastro.

Uguale reperto si ebbe, a volte, nel pericardio.

Il miocardio, flaccido e seminato di emorragie puntiformi, presentava evidente dilatazione delle sue cavità ed, istologicamente, alterazioni varie delle sue fibrocellule (rigonfiamento, ecc.).

Nelle capsule surrenali: emorragie e cromatolisi delle cellule cromaffini.

Nessun fatto degno di nota a carico della tiroide.

Dal complesso delle ricerche che abbiamo riassunte, l'A. crede di poter trarre le seguenti conclusioni:

1° Il versamento continuo e profuso di bile normale nel cavo peritoneale dà luogo ad una peritonite piuttosto lieve, a tipo fibrino-emorragico. (Ritiene che essa sia dovuta all'azione chimica della bile e non ai germi che essa, secondo alcuni AA., potrebbe contenere o che, secondo altri, normalmente contiene. Però, non avendo eseguito alcuna ricerca batteriologica, non si sente autorizzato a trarre delle conclusioni in proposito);

2° Esso determina, inoltre, delle alterazioni più o meno gravi in tutti gli organi e sistemi dell'economia.

3° Tali due condizioni inducono una tossiemia generale grave che può condurre alla morte.

Conclusione pratica: Di fronte ad un coleperitoneo intervenire subito chirurgicamente con quelle modalità che il caso richiede.

ALFREDO PARLAVECCHIO.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. LEDDERHOSE. *Chirurgie des Thorax und der Brustdrüse.* Leipzig, 1920, G. Thieme. Mk. 29.

Questo primo fascicolo del libro di Schwalbe e collaboratori: «*Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung*», è un volumetto di 123 pagine, nel quale sono raccolte in modo breve e chiaro le principali nozioni di diagnostica e di terapia delle malattie chirurgiche del torace e delle mammelle. Ogni capitolo è diviso in una parte di diagnostica diretta e differenziale, ed in una parte terapeutica. Nozioni etiologiche sono ricordate in quanto possono contribuire alla diagnosi e ad una terapia corretta. L'A. ha scritto un libro eminentemente pratico, che, nella sua brevità, si raccomanda all'attenzione dei chirurgi.

Il volume è diviso nei seguenti capitoli:

A) Chirurgia del torace.

I. Alterazioni di forma del torace e loro rapporti con l'azione dei traumi.
II. Lesioni del torace da corpi contundenti.
III. Ferite da punta del torace.
IV. Ferite da armi da fuoco del torace.
V. Errori nel giudicare i rapporti fra malattie dei polmoni e del cuore, e lesioni traumatiche del torace.
VI. Malattie delle parti molli e delle ossa della gabbia toracica.
VII. Malattie della pleura e del pericardio.
VIII. Malattie dei polmoni.
IX. Malattie del mediastino.

B) Chirurgia delle mammelle.

I. Malformazioni delle mammelle.
II. Sintomi di funzione precoce della mammella.
III. Stasi lattea puerperale.

IV. Mastite puerperale.
V. Tubercolosi della mammella.
VI. Mastite cronica.
VII. Degenerazione policistica delle mammelle.
VIII. Mastodinia.
IX. Ipertrofia delle mammelle.
X. Tumori mammari.

Alcuni dei capitoli, che hanno minore importanza chirurgica, sono dei semplici paragrafi. L'A., come appare dal titolo del Cap. V (parte A), non trascura la parte medico-legale.

Il libro è corredato di un indice per materie.

A. CHIASSERINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Ospedale Civile di Brescia.

Conversazioni Mediche-Ospitaliere.

Resoconto delle sedute del 12 gennaio 9 febbraio 1922.

Presiede il Direttore prof. CAMPANI.

Stenosi tracheale curata con laringo tracheostomia seguita da innesto libero osteoperiosteale della tibia.

Dott. GIORGIO SINIGAGLIA. — Un piccolo ammalato venne operato una prima volta di laringo tracheostomia per occlusione tracheale completa in seguito a decubito prodotto nella trachea stessa dalla cannula di intubazione. Successivamente per afflosciamento e inginocchiamento della trachea stessa fu operato una seconda volta con ablazione di un anello tracheale occludente e dopo cinque mesi di medicazioni e dilatazione del tubo tracheale con tamponi all'ambrina gli venne fatto un innesto libero di frammento osteoperiosteale della tibia sotto l'aponeurosi del collo. L'innesto, ottimamente attecchito, servì allo scopo di sostituire l'anello tracheale tolto, cosicchè ora il bambino respira bene ed è stato rieducato a parlare anche a voce alta, cosa che ben di rado si ottiene dopo anni di inerzia.

Ascesso epatico di probabile origine amebica.

Dott. ROSARIO CERUTI. — Trattasi di persona che soggiornò parecchio tempo in Africa in località ove l'amebiasi intestinale è endemica. La particolarità del caso consiste anzitutto nello sviluppo dell'ascesso esclusivamente nel lobo sinistro del fegato, nell'altezza degli accessi febbrili, tali da far sospettare piuttosto ascessi multipli settici, e infine nell'ottimo risultato ottenuto col metodo operatorio di marsupializzazione adottato dal chirurgo primario dott. Amadoni. Tale metodo presenta i vantaggi di rendere semplice l'atto operativo, possibilmente in un sol tempo, esente quasi completamente dai pericoli di diffusione del processo.

Sopra un caso interessante di gravidanza extrauterina tubarica al quinto mese.

Dott. GINO MORANDI. — L'interesse è dato non dal fatto in sè giacchè le gravidanze ectopiche sono relativamente frequenti (nel riparto del dott. Amadoni se ne operarono più di cento in breve volgere di tempo), ma specialmente per queste ragioni:

1) per essere avvenuta la gravidanza in una tuba precedentemente malata, il che conferma che l'ectopia si abbia per la mancata azione delle ciglia vibratili tubariche che normalmente trasportano all'utero l'uovo fecondato;

2) per la violenza delle crisi peritoniche febbrili sì da far sospettare lesioni intestinali;

3) perchè il feto potè raggiungere il quinto mese senza dar luogo a rottura della tuba il che è rarissimo.

L'intervento, che confermò pienamente la diagnosi, fatta difficile dalla sindrome peritonica concomitante, rese necessaria anche la isterectomia subtotale per l'aderenza dell'utero alla vescica.

Su un caso di pellagrotifo.

Dott. OSVALDO UGHI. — Esso interessa sotto vari punti di vista:

1) per la rarità attuale di questa forma;

2) per la presenza dei seguenti sintomi: *a*) licoressia; *b*) movimenti continui di succhiamento o di masticazione; *c*) movimenti pendolari del capo; *d*) delirio caratteristico per allucinazioni multiple di tutti i sensi specifici — allucinazioni che possono venir interrotte con richiamo dell'attenzione del paziente o anche durante le funzioni fisiologiche.

La diagnosi già fatta all'inizio venne poi confermata coi dati anamnestici raccolti in seguito dai famigliari e dalla mancanza di ogni reperto anatomico che indicasse altra forma morbosa (miliare, tifoide, ecc.). S.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Un segno di gravidanza extrauterina.

H. Hellendall (rif. in *Med. Review*, gennaio 1922) ha osservato spesso durante operazioni per gravidanza extrauterina del sangue libero nella cavità peritoneale. Questo fatto può anche esser rilevato a cute integra. In un caso dell'A., la paziente aveva notato che l'ombelico aveva assunto un colore verde-bluastro; la paziente aveva un'ernia ombelicale, per cui la parete addominale, ad un certo punto era sottilissima; a traverso di questa si vedeva un colore rossastro dovuto al sangue libero, più evidente nella stazione eretta. L'operazione dimostrò gravidanza tubaria di sinistra, non interrotta, sebbene si trovasse notevole quantità di sangue fresco ed antico nella cavità addominale. Tenuto presente che l'ernia ombelicale è abbastanza frequente, si può utilizzare il segno del sangue libero nel peritoneo come elemento diagnostico.

r. s.

Placenta previa.

Due sono i pericoli principali inerenti alla placenta previa: l'emorragia infrenabile e l'infezione settica. Le emorragie che dipendono dall'inserzione previa della placenta si devono fatalmente ripetere; soltanto nelle case di cura dov'è possibile una sorveglianza continuata, si può eventualmente limitarsi ad una cura sintomatica e aspettativa sperando di salvare il bambino. Nelle case private è indispensabile l'immediata interruzione della gravidanza. In tutti i casi si dovrà pensare che le emorragie ripetute anche se non abbondanti, durando per settimane e mesi, esauriscono la donna così da renderle difficile al momento del parto, indubbiamente catastrofico, di sopportare la forte perdita di sangue; inoltre queste donne anemizzate facilmente sono colpite dalla sepsi. La prima necessità è quella di frenare l'emorragia, a meno che si possa immediatamente provocare il parto. Per ottenere l'emostasi è indispensabile il tamponamento vaginale che deve essere accurato per riescire efficace; questo tamponamento vaginale è però la causa immediata della sepsi, il secondo pericolo che minaccia le donne affette da placenta previa. Perciò si dove in tutti i casi allontanare il materiale da tamponamento al massimo dopo 6 ore; una permanenza più lunga del materiale da tamponamento renderebbe inevitabile la sepsi. Levato il tamponamento, nei casi di placenta previa marginale si può praticare la puntura del sacco: è questo il procedimento meno pericoloso, e va combinato con la somministrazione di estratti pituitari che eccitano le contrazioni uterine; in tutti gli altri casi si pratica il rivolgimento combinato e la trazione di un piede fino in vagina: non appena il podice del feto comprire la placenta, cessa l'emorragia. Si attende poi che il parto si espleti spontaneamente: il parto forzato per salvare il bambino è oltremodo pericoloso, essendo inevitabili delle lacerazioni cervicali che provocano delle emorragie infrenabili (tessuti sui quali è inserita la placenta).

(A. Doverlein. *Münch. Med. Wochenschrift*, n. 4, 1922). POLLITZER.

Asma e menopausa da radio.

Dall'esame critico di un caso clinico, lungamente studiato, McBean Ross (*British med Journ.*, 7 gennaio 1922) trae le seguenti conclusioni. Una sola applicazione di radio endouterina è sufficiente a completare la menopausa, ma il metodo non è innocuo; possono seguire disturbi, da attribuire in tutto o in parte ad insufficienza ovarica, onde è utile somministrare sistematicamente, in questi casi, estratto ovarico, come si fa dopo gl'interventi chirurgici che producono una rapida menopausa.

La paziente di cui riferisce ebbe un ascesso asmatico nel 1906 dopo un'operazione sulle cavità mascellari. Nel 1920 (anni 45) in seguito a menorragie le si sviluppò una malattia mentale; si rimise dopo la cessazione delle regole, ottenuta col radio, ma insorsero frequenti e gravi accessi asmatici, ed una secrezione purulenta, ricca di streptococchi, da entrambi gli antri. Le cure locali a nulla giovarono; l'autovaccino non recò vantaggio, quantunque desse luogo a lievi fenomeni anafilattici. La somministrazione *p. os* di estratto ovo-mammario ridusse molto di numero e intensità gli accessi asmatici. Non fu tentato il peptone e il siero.

H. Rolleston, che ebbe notizia del caso, esclude che il successo possa attribuirsi a suggestione, per l'inutilità delle cure pregresse; esclude una dissensibilizzazione aspecifica, perchè l'estratto fu dato *per os;* ritiene che l'asma non fosse dovuto all'insufficienza ovarica per sè stessa. L'improvviso arresto della secrezione interna dell'ovaio produrrebbe un'ipersecrezione tiroidea, che renderebbe i centri nervosi suscettibili allo stimolo di proteine estranee (i prodotti della suppurazione antrale) onde le manifestazioni asmatiche. DORIA.

L' intervento operativo e la radioterapia nei fibromi uterini.

La radioterapia è particolarmente indicata in donne di 40 anni e più con fibromi, che non oltrepassino l'ombelico, specialmente quando si tratti della varietà interstiziale; si ricorrerà ad essa anche in pazienti anemiche, con malattie cardiache o renali, o in cui, comunque, l'operazione si presenti molto arrischiata.

La radioterapia è pure consigliabile nelle pazienti, che non intendono assoggettarsi ad atti operativi oppure che hanno fibromi senza sintomi.

Il primo effetto della radioterapia (G. Gellhorn, *Journ. am. med. Associat.*, 28 gennaio 1922), è quello di arrestare l'emorragia, ciò che si verifica nel 98.4 % dei casi; secondariamente si ha nel 70.80 % dei casi il raggrinzamento del tumore.

L'A. consiglia di applicare il radio nella cavità uterina, in ragione di 1.200 mg./ora: raramente è necessaria più di un'applicazione.

I raggi X non danno risultati altrettanto certi e pronti: possono usarsi però per completare ed assicurare la cura.

I vantaggi della radioterapia sono dati dalla guarigione che si ottiene in più del 60 % dei casi senza alcun pericolo (il rischio operativo, anche in mano di buoni chirurghi è del 3-4 %); essa inoltre è molto più economica, non toglie la paziente per lungo tempo dalle sue occupazioni, e riducendo la degenza a 2-3 giorni, contribuisce ad evitare l'affollamento degli ospedali.

L'intervento operativo è da preferirsi quando il fibroma sia sopra l'ombelico, peduncolato, sottosieroso, sottomucoso, cervicale; così pure quando vi siano complicazioni (infezione, degenerazione) e nelle donne giovani.

Nei fibromi con degenerazione sarcomatosa (2-6 % dei casi) è invece consigliabile la radioterapia ad alte dosi; quando al fibroma sia associato il carcinoma del corpo uterino, sarebbe da preferirsi l'operazione (panisterectomia), e da usare la radioterapia (a 3,000 mg. per ora e ripetendo dopo qualche settimana) solo se la paziente sia in cattive condizioni generali. Se il fibroma è incarcerato, con disturbi rettali e vescicali, l'A. consiglia in generale l'operazione, altri però hanno osservato un rapido raggrinzimento con la radioterapia, che è quindi bene tentare prima dell'eventuale intervento operativo. *l. b.*

La pulsatilla nella dismenorrea.

F. C. Coley (*Brit. med. Journ.*, 7 gennaio 1922), consiglia la pulsatilla (*anemone pulsatilla*, ranuncolacea, n. d. r.) nelle forme di dismenorrea nelle quali si hanno dolori nei primi 1-2 giorni del periodo mestruale, e l'emorragia è scarsa. Negli altri casi è inutile. L'azione è prevalentemente suggestiva: infatti l'A. consiglia di ispirare alla paziente la massima fiducia in un quasi certo sollievo nel prossimo periodo mestruale, o al più dopo altri cinque o sei periodi. Il farmaco non è sgradevole e non ha dato effetti spiacevoli.

Egli prescrive:

Tintura di pulsatilla, gr. 5;
Alcool cloroformico, gr. 10;
Acqua cloroformica fino a gr. 200.

Da prenderne due cucchiaini quando si iniziano i dolori mestruali o premestruali, ed ogni tre ore finchè essi durano. La pozione si conserva oltre un mese. DORIA.

Metodi soggettivi e metodi oggettivi per modificare la secrezione lattea.

1° *Metodi soggettivi.* — Esistono numerose connessioni tra il sistema nervoso centrale e la mammella; così tutto ciò che turba la psiche della donna si ripercuote sulla secrezione lattea. I metodi soggettivi dipendono completamente dalla madre e sono: *a*) l'abilità istintiva nel porgere la mammella al lattante e rendergli facile l'atto del bere; *b*) la scrupolosa osservanza dei consigli dati dal medico, quindi dai metodi oggettivi.

2° *Metodi oggettivi.* — L'abbozzo mammario subisce due impulsi di sviluppo: il primo, debole, all'epoca della pubertà, il secondo, potente, durante la gravidanza, quest'ultimo impulso provocato o da ormoni secreti dal corion o da ormoni endocrini, è un impulso di accrescimento, non di secrezione. Gli stimoli secretivi sono di altra natura: essi sono meccanici, provocati durante l'atto della suzione. Si potrà dunque influire sulla secrezione lattea soltanto con un'opportuna e sapiente regolazione di questi stimoli meccanici in nessun caso con farmaci chimici (lattagogli, iniezioni di latte, ecc.). Lo stimolo della suzione deve essere periodico e ogni poppata deve vuotare completamente la mammella, soltanto osservando questi due requisiti la secrezione lattea si può avviare e si può mantenere.

Si ottiene ciò limitando le poppate a 5-6 nelle 24 ore; solo nel caso che i quantitativi di latte succhiato si mantenessero scarsi, si può aumentare le poppate a 7-8 per diminuirle non appena la secrezione lattea è più abbondante. Il latte sgorga dalle mammelle: 1° in seguito alla formazione di una pressione negativa nella bocca del lattante; 2° in seguito alla compressione che successivamente ad ogni atto

di suzione le mascelle del lattante esercitano sui seni galattiferi; perciò non soltanto il capezzolo, ma tutta l'aureola deve entrare nella bocca del poppante. Se le poppate non svuotano completamente la mammella, si deve cercare di ottenere tale svuotamento indispensabile con uno di questi 3 mezzi: *a*) attaccando alla mascella un altro poppante robusto; *b*) lo svuotamento mammale; *c*) lo svuotamento istrumentario. L'ultimo procedimento è il peggiore.

Teoreticamente il periodo durante il quale la donna può allattare è illimitato (fino a 15 anni!) In pratica, per ottenere un periodo sufficientemente lungo è necessario aggiungere ai due requisiti già menzionati (stimolo della suzione energico e razionale, e svuotamento, ogni volta, completo della mammella) un terzo requisito: il riposo fisico e morale. (J. Schoedel. *Münch. Med. Wochenschrift.* n. 4, 1922). POLLITZER.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla lipemia colemica.

Nell'ittero emolitico esiste una forte iperbilirubinemia, mentre nè il grasso totale, nè la colesterina sono aumentati nel sangue. Invece nell'ittero meccanico esiste sempre una colemia lipemica latente: il siero cioè è limpido e lattescente, come nei casi di lipemia manifesta, non essendo il grasso per la mancata azione della bile nell'intestino e per l'azione antiemulsionante dei sali biliari passati nel sangue, suddiviso in forma di emoconi; forse per questa ragione, il grasso circola nel sangue senza venire assunto dalle cellule, fenomeno al cui determinismo concorrono senza dubbio molti altri fattori fisici e chimici.

Nella lipemia colemica l'aumento dei gliceridi è una conseguenza dell'ipercolesterinemia. Se l'ittero persiste per parecchio tempo, e se l'occlusione del coledoco si fa completa, peggiorano le condizioni per l'eterizzazione della colesterina del sangue. Mentre normalmente il 60 per cento della colesterina si trova in forma combinata, ciò che si osserva pure nell'ittero emolitico, nell'ittero meccanico che abbia durato qualche tempo la colestemia combinata non supera il 30 %.

Cessato l'ostacolo che impediva il deflusso della bile nell'intestino rapidamente la colesterina ematica raggiunge i valori normali, e la colesterina combinata il 60 %; in vari casi si osserva un transitorio aumento della colesterina ematica. (M. Bierger. *Münch. Med. Wochenschr.*, n. 4, 1922). POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1231) *Cura della sacralizzazione dolorosa della V vertebra lombare.* — All'abb. n. 3147:

La sacralizzazione della quinta vertebra lombare determina dolori, limitazione di movimento del tronco, ed eventualmente anche dell'arto inferiore corrispondente, e deformazioni. Di questi tre sintomi il più frequente ed il più importante è il dolore. Questo nelle fasi di riacutizzazione, oltre che con i farmaci antinevralgici, si calma con il riposo, i revulsivi locali, la radioterapia, le correnti continue. L'intervento chirurgico è generalmente consigliato solo in casi di rottura. *dr.*

(1232) *Plastica vagino-perineale.* All'abbon. n 543 (4):

Il metodo di plastica vagino-perineale fu dal prof. Pestalozza comunicato dapprima nel 1898 alla Società Toscana di Ostetricia e Ginecologia e si trova descritto nel Bollettino di detta Società. Fu poi dal prof. Pestalozza stesso pubblicato di nuovo nella « Rivista Ospedaliera » del 1912 e nella « Monatschrift für Geburtshülfe u. Gynäkologie », numero in onore di Martin, anche, se non erro, nel 1912.

ARTOM DI SANT'AGNESE.

(1233). *Taglio cesareo transperitoneale* — Al dott. L. P. da F. (Malta):

Nella Clinica Ostetrica di Roma il taglio cesareo extraperitoneale non viene più eseguito da che è entrato nell'uso il taglio cesareo transperitoneale sul segmento inferiore dell'utero, che ai vantaggi della incisione sulla sede bassa dell'utero unisce quelli di una tecnica meno indaginosa che nel taglio extraperitoneale. ARTOM DI SANT'AGNESE.

(1234) *Nevralgia del crurale e dello sciatico.* — All'abbonato 2385.

Non sono state pubblicate in Italia monografie sulla nevralgia del crurale e dello sciabico. L'argomento, specie per quel che riguarda la sciatica, è stato molto studiato durante il periodo della guerra, ed i giornali medici di quel tempo ne trattano diffusamente. *dr.*

(1235) *Cretinismo endemico.* — All'abbonato E. Z. da C.

La letteratura sul cretinismo endemico è molto abbondante. Spogliando le annate precedenti del « Policlinico » o i giornali di psichiatria potrà trovare i dati che le occorrono. L'argomento è ampiamente e magistralmente trattato nel *Trattato di malattie mentali* di Tanzi e Lugaro. *dr.*

VARIA

Squilibrio dei sessi e moralità.

I *vaudevilles* si sono già impadroniti della nozione che in Inghilterra vi è attualmente un'esuberanza di due milioni di donne sugli uomini, mentre in tutta l'Europa lo squilibrio raggiunge i dieci milioni.

L'eminente sociologo inglese prof. Patrick Geddes ha illustrato le gravi conseguenze che questo fenomeno può avere nei riguardi della moralità. I milioni di donne che non possono trovare un coniuge perchè non ve n'è abbastanza per tutte, cederanno, in grande numero, al bisogno psichico e fisiologico dell'amore: verranno a dei compromessi con i loro ideali ed accetteranno delle relazioni le quali avranno per risultato di abbassare sempre più il livello della moralità sessuale, di disorganizzare la famiglia, di recare un pregiudizio indiretto alla collettività

Viene a stabilirsi, con crescente frequenza, una forma di poligamia, non riconosciuta ma praticamente accettata, in cui un uomo ha, insieme, la moglie ed un'amante.

Molte donne si adattano a questo stato di fatto, poichè sarebbe utopistico aspettarci che i milioni di donne senza marito potessero rinunziare tutte alla più impellente delle loro funzioni. Esse accetteranno, se non altro, la parvenza dell'amore senza il contenuto, non preoccupandosi degli interessi della specie e della società; questa avrà sulle spalle un altro problema insoluto. L'effetto più palese sarà un rilasciamento generale del codice morale. (*American Medicine*, ag. 1921). *a. p.*

La longevità delle donne colte.

La signora Myra M. Hulsh, della Croce Rossa Americana, ha raccolto i dati relativi a 15.000 donne laureate di tre Collegi universitari femminili degli Stati Uniti; è risultato che la mortalità tra 20 e 64 anni è stata in esse di 3.24 ‰, riducendosi a 2.77 tra 25 e 34, mentre la media generale per il sesso femminile tra i limiti suddetti di età è di 6.10 ‰.

È difficile attribuire questo fatto all'influenza favorevole dello studio *per se;* piuttosto si può ammettere che il tipo di donna capace di sostenere con successo gli studi, deve possedere ereditariamente una vitalità maggiore della media: si tratta d'un gruppo selezionato.

Si può anche far intervenire l'influenza favorevole delle condizioni generali di vita. Inoltre le scuole vengono ormai utilizzate per inculcare sistemi corretti di vita, che difendono dalle malattie infettive e da tutte le cause di deperimento. (*American Medicine*). *a. p.*

Ringiovanimento.

Destarono molto rumore gli esperimenti di Steinach, consistenti nella deferentectomia praticata su topi vecchi, allo scopo di provocare il ringiovanimento.

Essi furono consegnati nel libro « Die Verjüngung ».

Ora Fiebiger, dalla semplice osservazione delle fotografie che corredano il lavoro, desume (*Wiener Klin. Wochens.*, 28 luglio 1921; *Med. Rec.*, 15 ottobre 1921) che molti topi su cui Steinach eseguì le sue ricerche erano affetti da scabbia, e rileva che la scabbia induce una senilità precoce. Steinach riconosceva, nel suo libro, che una parte degli animali, erano pidocchiosi; aggiungeva di averli curati, rilevando che questa cura non modificò essenzialmente il loro stato di salute; ma lo spidocchiamento può aver agito anche come mezzo antiscabbioso e aver provocato il presunto ringiovanimento. Fiebiger non ammette che questa critica inficî tutte le ricerche di Steinach, ma crede che ulteriori controlli siano necessari; egli rileva inoltre che i topi non erano abbastanza vecchi, perchè potesse parlarsi di senilità fisiologica (avevano da 19 a 38 mesi).

a. p.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ABBRUZZETTI ALFONSO. *Encefalite letargica ambulatoria?* — Napoli, 1920.

AGASSE-LAFONT M. C. *Les gastrites alimentaires et leur traitement.* — Paris, O. Berthier.

ATTILI SORDELLO. *Contributo alla diagnosi radiologica degli pseudo calcoli renali.* — Roma, 1920.

BILANCIONI GUGLIELMO. *Sarcoma melanotico della fossa nasale sinistra.* — Napoli, E. Pietrocola, 1921.

ID. *La laringe umana è organo perfettamente simmetrico?* — Biella, G. Testa, 1920.

ID. *Sull'istologia del colesteatoma dell'orecchio.* — Roma, Tip. « Le Massime », 1921.

BOLOGNESI GIUSEPPE. *Nuovo contributo clinico sui tumori primitivi delle aponeurosi degli arti.* Roma, Tip. del Senato, 1921.

ID *Esito operatorio favorevole in un caso di mielocistomeningocele cervicale.* Roma, Tip. Naz. Bertero, 1918.

BRUSA PIERO. *Alterazioni organiche dell'apparato respiratorio indotte da deformità spiccate del torace rachitico.* — Firenze, L. Niccolai, 1921.

BRUSA PIETRO. *Sul reflesso cremasterico nel primo anno di vita.* — Reggio Emilia, Coop. Lavoranti Tipogr., 1921.

CAMURRI LUIGI. *La pellagra nella provincia di Padova dopo la guerra.* Verona, M. Bettinelli, 1921.

CAMURRI VINCENZO LUIGI. *La pellagra nella provincia di Padova dopo la guerra.* — Udine, Tip. Del Bianco & F., 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

L'opera della Direzione generale della Sanità pubblica

Il 27 marzo u. s., il Presidente del Consiglio dei Ministri ha ricevuta una delegazione del Consiglio Superiore di Sanità, composta dei signori senatori prof. Camillo Golgi, presidente; prof. Ettore Marchiafava, vice-presidente; prof. Pio Foà, Nicola Badaloni e dell'on. prof. Michele Pietravalle e dei signori professori Vittorio Ascoli, Luigi Manfredi, Luigi Devoto ed Ettore Levi.

Scopo della visita era quello di presentare i voti seguenti, espressi dal Consiglio superiore nell'ultima sua riunione plenaria del dicembre u. s.

1. *Sanità interna.* — Il Consiglio, considerando l'opera grandiosa svolta dalla Direzione generale della Sanità del Regno durante la guerra e nel periodo post-bellico, di fronte alla straordinaria entità e complessità dei problemi che si dovettero affrontare, in mezzo a difficoltà enormi, e che costituirono il maggior cimento, e quasi si può dire la prova del fuoco, per l'organizzazione dei servizi relativi e per l'indirizzo che ad essi presiede;

ritenuto che a tale opera, felicemente coordinata e integrata con quella delle Autorità sanitarie Militari e della Croce Rossa, si deve se la tutela della igiene e della Sanità pubblica e la salvezza della Nazione dalle minaccianti epidemie si poterono conseguire, in momenti di così grave perturbazione;

è lieto di esprimere al Direttore generale dott. Lutrario, ed a quanti lo hanno coadiuvato nell'immane lavoro, la sua ammirazione e il suo plauso, e segnala l'importante relazione elaborata dal medesimo Direttore generale come una degna celebrazione della vittoria sanitaria riportata dall'Italia;

considerando inoltre che quest'opera compiuta in causa della guerra, porta con sè una grande e preziosa messe d'insegnamenti, di studi, di esperienze, da potersi fecondare e sviluppare durante la pace, a vantaggio del nostro progresso igienico-sanitario;

rileva che tra i criteri informatori dell'attuale ordinamento, una speciale ed urgente riforma meriti quello, per cui le mansioni, di natura igienica, non sono tutte accentrate nella Sanità Pubblica, o per lo meno ad essa subordinate, come dovrebbero, ma sono ripartite fra organi diversi, che agiscono in modo autonomo, con evidente complicazione di servizi, con disperdimento di energie e di tempo, e con la risultante inevitabile di una minore efficacia di rendimento;

ritiene che le conseguenze di tale grave inconveniente si riflettono specialmente nella lotta contro le malattie sociali in genere, massime della tubercolosi, nelle quali appunto si richiede il concorso e la convergenza ad unico scopo di influenza e di mezzi svariati;

e fa voti che nella imminente riforma dei servizi burocratici, venga assicurata ai servizi riguardanti l'igiene e la sanità pubblica una completa autonomia e coordinazione di mansioni e di mezzi, per modo che l'opera feconda e bene indirizzata della Direzione generale della Sanità pubblica possa avere nella pratica la sua piena efficienza, rispondente alle supreme finalità igieniche del paese.

2. *Sanità internazionale.* — Il Consiglio Superiore della Sanità pubblica informato dell'autorevole e completa esposizione dell'Ill.mo Direttore generale della Sanità pubblica sulle nuove organizzazioni dei congegni tecnici internazionali per la difesa sanitaria interstatale, e sulle discussioni avviate per coordinare, con nuove convenzioni, la politica sanitaria internazionale con i più recenti postulati della esperienza epidemiologica e delle ricerche sperimentali;

delibera:

di esprimere il suo pieno e concorde consenso sull'azione e sull'indirizzo seguito dal Direttore generale della Sanità di cooperare agli alti interessi ed alle tendenze liberali della politica sanitaria italiana e di approvare i seguenti caposaldi di una rinnovata convenzione, che potrebbero riassumersi:

a) nella notificazione diretta, fra gli alti uffici sanitari statali, delle informazioni precise e pronte circa le variazioni delle locali condizioni della pubblica sanità;

b) nel sopprimere la errata figura convenzionale delle circoscrizioni infette;

c) nell'organizzare le ricerche di laboratorio, da compiersi a terra e durante le traversate, per la applicazione delle misure di polizia sanitaria internazionale;

d) nell'eseguire le misure istesse anche ai porti di partenza e durante la traversata, per liberare il traffico portuale da indugi eccessivamente dannosi alla loro espansione.

Il senatore Golgi chiarì il duplice scopo che il Consiglio superiore di Sanità si era prefisso nel delegare ad una apposita Commissione l'incarico di illustrare i due ordini del giorno; richiamare, cioè, in modo particolare all'attenzione del Ministro le due importanti questioni riguardanti la Sanità interna e la Sanità internazionale e rilevare la sua viva soddisfazione per l'opera compiuta dal Direttore generale della Sanità comm. Lutrario, e dai suoi collaboratori durante il lungo periodo della guerra; opera che disse mirabile, in quanto diede all'Italia nostra, in quel grave periodo, la sicurezza che gli ordinamenti profilattici e sanitari vigenti, così unanimemente ammirati dagli stranieri, erano valido baluardo per la lotta contro le malattie infettive che allora in modo speciale gravemente minacciavano di diffondersi.

Il prof. Manfredi e l'on. Pietravalle rispettivamente illustrano, quindi, i due ordini del giorno.

Il presidente del Consiglio dichiarò il suo vivis-

simo compiacimento per i voti del Consiglio superiore di Sanità rilevando l'alto significato che quel Consesso ha voluto in essi riassumere, tracciandovi un programma ben definito di azione sanitaria nei riguardi delle contingenze sia interne, sia internazionali.

La Sanità Pubblica ha dato prova di essere un organo validissimo posto su basi oramai incrollabili. È questa virtù della Istituzione, e di chi con tanta competenza la dirige.

Non può esservi, perciò, alcun dubbio, soggiunge S. E. Facta, che ciò che è vanto e presidio della Nazione debba avere le cure più assidue dal Ministro non solo nei riguardi della sua conservazione nei limiti nei quali si trova, ma anche nella sua integrazione qualora occorra ad un bene inteso fine di una sempre più efficace funzione.

Questi sentimenti, egli disse, ho avuto già modo di manifestare al Senato, e rispondono alla mia convinzione che del resto ho avuto fino da quando nelle mie funzioni di Sottosegretario agli Interni ebbi modo di apprezzare per un periodo di tempo non breve, la grande utilità della istituzione.

La delegazione prese quindi commiato dall'Illustre Presidente del Consiglio, grata e soddisfatta di così confortevole assicurazione.

Cronaca del movimento professionale.

Il compenso delle visite fiscali in materia d'infortunio.

L'assemblea dell'Ordine dei Medici di Foggia, presa visione del R. D. 2 ottobre 1921, n. 1366, che stabilisce il compenso delle visite fiscali agli impiegati di Stato, in fatto di infortunio;

deplora che ancora oggi si cerchi lo sfruttamento di prestazione d'opera, e si calpesti la dignità umana e professionale, con irrisorie competenze, che tuonano offesa;

delibera l'astensione completa, tassativa dei medici della provincia di Foggia, all'invito di visite fiscali per infortunio, fino a quando non verrà abrogato il decreto cennato, e sia stabilita dalla presidenza della Federazione medica una tabella di compensi d'accordo col rappresentante del Governo;

promuove nella classe medica, una seria agitazione in Italia perchè questo deliberato abbia sicura efficacia.

I rappresentanti degli Ordini sanitari al Consiglio superiore di Sanità.

Sono risultati: per i medici il dott. Martinelli Alfredo (con voti 45 su 63 Ordini votanti); per i veterinari il dott. Torti Ettore (con voti 53 su 57); per i farmacisti il dott. Assauto Giuseppe (con voti 51 su 64).

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9333) *Unico concorrente.* — Dott. A. Z. da R. — Il Comune non può annullare il concorso perchè vi è un unico concorrente. Può, però, riunirsi e deliberare scartando l'unico concorrente per principii di personalità, attesa la di lui condotta che, come Ella dice, non è buona. Il medico provinciale non ha mai facoltà di nominare di ufficio un medico condotto. Contro la deliberazione negativa del Comune, il medico può ricorrere alla IV Sezione del Consiglio di Stato. Non vi è altra soluzione.

(9334) *Indennità cavalcatura.* — Dott. O. B. da M. — Il medico condotto in aspettativa per ragione di salute non conserva durante tale posizione giuridica l'indennità cavalcatura, perchè questa si paga per facilitare il compimento di un servizio, che egli non compie.

(9335) *Infortunii.* — Dott. abbonato 1249 da S. M. a M. — Infortunio industriale ed infortunio sul lavoro, sono la stessa cosa. L'aumento della tariffa dei certificati fu fatto col Decreto del 2 ottobre 1921, n. 1366. Quale che sia l'infortunio occorso all'operaio, le competenze del medico sono sempre le stesse. Per le prime immediate cure provvede l'assuntore del lavoro. Se l'infortunato è inscritto nello elenco dei poveri ha diritto alla cura gratuita.

(9336) *Caro viveri - Ricchezza mobile.* — Dott. E. T. da S. G. I. — Per ora nulla è stabilito circa la proroga del pagamento della indennità caroviveri, che nessuno ha finora soppressa. La legge vigente determina in S.65 la R. M. sullo stipendio degli impiegati. Ricorra alla Commissione mandamentale e da questa alla Provinciale.

(9337) *Limitazioni per la seconda indennità caroviveri.* — Dott. C. R. da M. — La limitazione esiste effettivamente nella Circolare del Ministero dell'Interno del 18 aprile 1921, n. 15700. Essa dice: «*Un ultima limitazione è contenuta nell'articolo 3 del disegno, il quale dispone che le indennità previste dal disegno stesso possono essere ridotte ed anche negate dalle Provincie e dai Comuni che, in applicazione del R. Decreto 16 ottobre 1919, n. 1960 abbiano concesso al personale aumenti di stipendio* IN MISURA NOTEVOLE, ecc., ecc.» sembrerebbe essere il caso di accettare la offerta fatta dal Comune.

(9338) *Ricchezza mobile.* — Dott. M. G. da F. — Dal momento che nella deliberazione con la quale Le si aumentava l'assegno, da lire 1000 a lire 5000, non è fatta menzione della concessione speciale dell'esonero della R. M. è da ritenere che essa non è stata conservata e che, quindi, ora tale tassa faccia carico direttamente a Lei e non più al Municipio.

(9339) *Pagamento certificati.* — Dott. A. T. da V. — Essendo medico per i soli poveri, non è obbligata a redigere certificati medici per i marinai, non compresi nell'elenco, che chiedono l'accertamento della invalidità per aver titolo alla richiesta di sussidio dalla Cassa invalidi per la Marina mercantile.

(9340) *Caro-viveri.* — Dott. G. A. da M. — Per i medici ospedalieri non è fissata obbligatoriamen-

te la concessione del caro-viveri. Non è, però, vietato alle Amministrazioni, di concederlo in misura proporzionale alle rispettive rendite ed a quella classe o classi di persone, da esse ritenute meritevoli.

(9341) *Ricorso al Governo del Re*. — Dott. E. G. da T. — Non è fissato alcun termine entro il quale il Ministero dell'Interno deve trasmettere al Consiglio di Stato i ricorsi, già completi e convenientemente istruiti, per averne il parere.

(9342) *Ambulatorio medico-chirurgico*. — Dott. M. N. da S. — Anche al condottato pei poveri di campagna spetta il locale *gratis* per l'ambulatorio o l'indennità corrispondente. In caso di resistenza o di rifiuto da parte del Comune, ricorra al Prefetto della Provincia. Del resto se il locale non viene apprestato Ella non è tenuta a fare il servizio.

(9343) *Cura di un infortunato*. — Dott. M. P. da C. V. — Ella può sequestrare giudiziariamente presso la Compagnia di assicurazione tale somma da corrispondere a quanto deve riscuotere dall'infortunato. Senza regolare sequestro, la detta Associazione non può trattenere somme dovute ad altri. Innanzi tutto può ottenere dal Pretore un sequestro conservativo.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUAPENDENTE (*Roma*). — Scad. 30 apr.; due cond. (Trevinano e Torrealfina); L. 5000 e 5 quadr. decimo; doppio c.-v.; L. 2000 cav.

AGOSTA (*Roma*). — Scad. 15 apr. L. 7000 e 5 quadr. decimo, L. 500 disag. resid., L. 300 uff. san., rimborso mezzi trasp. cavallo, c.-v. Età limite 45.

BETTOLA (*Piacenza*). — 1° reparto (S. Giovanni); L. 6500 e complemento di L. 3000 p. mille poveri o frazione; cinque quadrienni decimo; addizion. di L. 2.50 fino a 2000 pov. e di L. 2 oltre; L. 3000 cavalc. e L. 2000 c.-v. cavallo, rivedibile; assicur.; L. 400 ambulat. Scad. ore 17 del 15 apr. Il concorso potrà essere annullato senza obbligo di manifestarne le ragioni ed i concorrenti non avranno diritto di insorgere contro l'Amministraz. comunale.

CALASCIO (*Aquila*). — L. 6000 per 280 pov.; per uff. san. L. 500, 1° c.-v.; ab. agglomerati; fraz. di 40 ab.; totale 1500. Scrivere al Sindaco.

CAVARZERE (*Venezia*). — Vedi fasc. 13. Scad. 16 aprile.

COLLEDIMEZZO (*Chieti*). — Al 1° mag. L. 5000 comprese L. 500 quale uff. san. Poveri. Servizio entro 20 giorni.

FOLIGNO (*Perugia*). — Per 40 giorni dal 22 mar.; cond. rurale di Annifo: L. 6000 per 1000 pov.; c.-v.; L. 1500 disag. resid.; tre quinquenni decimo; lire 2400 cav.; addiz. L. 2 ovvero indennità di residenza povera non mai super. a L. 2000. Ab. 1400. Età limite 21-35.

FROSINONE (*Roma*). — *Congregazione di Carità*. — Assistente dell'Ospedale Umberto I; L. 4400 e due decimi dei proventi operatori; biennio, poi stabilità fino al 45° anno. Età massima 35. Scad. 20 apr. Inscrizione nell'Ordine dei Medici della Provincia.

LETTOMANOPPELLO (*Chieti*). — Vedi fasc. 13. Scad. ore 17 del 15 aprile.

MONTAGUTO (*Avellino*). — Scad. 20 apr. L. 4500, c.-v.; L. 300 alloggio.

OVARO (*Udine*). — Alle ore 16 del 1° maggio; Kmq. 54.146. Servizio entro 15 g. L. 6000 per 1000 pov.; tre quinquenni decimo; L. 3000 disag. resid.; addiz. L. 1.50; per cav. L. 3000; se uff. san. L. 600.

PALMIRA (*Potenza*). — Condotta poveri L. 4500; età non superiore anni 40; indennità caro-viv. Ufficiale san. L. 1000, oltre caro-viv. Scad. 15 aprile.

PIETRABBONDANTE (*Campobasso*). — Cons. con Castelverrino; L. 4000, oltre L. 2000 trasferta, c.-v. Età limite 39. Scad. 15 aprile.

PORTOVENERE (*Genova*). — L. 4000 e quinquenni decimo per 500 pov. su 2900 ab.; doppio c.-v.; età limite 34. Serv. entro 15 g. Scad. 30 apr.

MONTAGUTO (*Avellino*). — Scad. 20 apr.; L. 4500 e c.-v.; L. 300 indenn. alloggio. Rivolgersi Segreteria Comunale.

RIVAROLO MANTOVANO (*Mantova*). — L. 9000 e tre sessenni dec.; doppio c.-v.; L. 4000 uso costante cavallo ovvero L. 2500 uso non continuativo cavallo ovvero L. 800 bicicl. Età limite 40. Scad. 25 apr.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Professore straordinario alle cattedre di: clinica ostetrica e ginecologica nella Facoltà medica di Sassari; antropologia nella Facoltà di scienze di Roma; chimica farmaceutica nelle Scuole di farmacia di Cagliari e di Milano; chimica generale nella Facoltà di scienze di Sassari. Scad. 15 giugno. Chiedere le condizioni.

S. MICHELE AL TAGLIAMENTO (*Venezia*). — Scad. 30 apr. Due cond.; L. 7800 oltre L. 3400 cav., L. 1800 indenn. malarica, doppio c.-v. Chiedere annunzio alla Segreteria.

TARANTO (*Lecce*). — Scad. 20 apr. Ispettore sanitario delle Scuole pubbliche e private del Comune; L. 5,000 e 4 quadrienni dec.; due c.-v.

TAVENNA (*Campobasso*). — L. 3000 p. pov.; quattro quinq. decimo, c.-v., L. 1500 uff. san. Ab. 2106 tutti riuniti di cui 200 pov. Età limite 39. Scad. 30 apr. (Per chiarimenti rivolgersi al dott. A. Suriano, Pianiga, prov. di Venezia).

UDINE. *Ospedale Civile*. — Vedi fasc. 13. Scad. ore 16 del 20 aprile.

Medico-chirurgo cerca interinato. Scrivere: Dottor Nicola Gattone - Guardiagrele (Chieti).

Diffide.

È confermato il blocco dei concorsi medici della Provincia di Reggio Emilia; sono mantenute le diffide di Scandiano e Toano e se ne inscrive una nuova per Ligonchio, perchè non ha adottato il Capitolato-tipo.

La Sezione Novi-Tortona dell'A. N. M. C. ha revocato la diffida al Comune d'Isola S. Antonio (circ. Tortona).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

In seguito al concorso per medico primario negli Ospedali riuniti di Roma il prof. Ugo Mancini Cortesi è stato nominato, per titoli, medico primario nell'Ospedale infantile del Bambino Gesù. La famiglia ospitaliera del più grande nosocomio infantile d'Italia con la nomina del prof. Mancini si accresce di uno dei più valorosi cultori della patologia dell'infanzia.

Il prof. Eugenio Di Mattei, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Catania, è nominato grande ufficiale della Corona d'Italia.

Hanno conseguito la libera docenza in oto-rinolaringoiatria i dottori Pietro Caliceti a Catania, Giuseppe Petrelli a Napoli.

ALBO D'ORO.

Alla dott.ssa Elena Fambri di Venezia che fu tenente medico a Gradisca nell'Ospedale da Campo n. 135 e che volle rimanere al suo posto fino a che l'ultimo ferito fu messo in salvo, è stata conferita la Croce di Guerra.

Alla brava signorina, che ora a Roma con ardente zelo si occupa delle opere di previdenza sociale ed è valente pubblicista, vanno i nostri cordiali rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE.

Visita Regale alle Cliniche.

La mattina del 31 marzo la regina Elisabetta del Belgio, accompagnata dalla regina Elena, si sono recate al Policlinico Umberto I, dove erano ad accoglierle il comm. Alfonso Torti, direttore dell'ospedale, il segretario generale degli ospedali di Roma comm. Carelli, il barone Mazzolani, oltre a un fitto stuolo di medici e di infermieri.

Le regine hanno iniziato la loro visita dalla Clinica ostetrica, che con tanta cura è diretta dal prof. Pestalozza, vivamente interessandosi all'ordinamento dell'Istituto e delle pazienti.

Sono passate quindi alla Clinica oculistica, ricevute dal prof. Cirincione, e hanno ammirato la larghezza dei mezzi e l'apprestamento scientifico dell'Istituto.

Quindi, accompagnate da numerose autorità, sono andate alla Clinica medica. Sono state ricevute dal direttore prof. Ascoli e da tutti gli altri assistenti. Nei corridoi della Clinica erano raccolte per l'occasione molte personalità del mondo medico: il prof. sen. Marchiafava, il prof. Alessandri, il prof. Dalla Vedova, il prof. Mingazzini, il professor Ferreri, il prof. Baglioni, il prof. sen. Sanarelli ed altri; vi erano anche il prof. sen. Golgi, il prof. sen. Pio Foà, il comm. Alberto Lutrario, il generale Della Valle ed una schiera numerosissima di medici e di studenti. La regina del Belgio, accompagnata dal prof. Ascoli, e la regina d'Italia, accompagnata dal prof. Dalla Vedova, hanno visitato tutte le corsie e non hanno nascosto la loro viva ammirazione al direttore per l'ordine perfetto che ovunque regnava, per l'organizzazione precisa ed efficiente. Le due regine poi sono state introdotte nella vasta aula delle lezioni, e qui si è svolta una manifestazione che ha profondamente commosso l'Ospite illustre: l'aula era gremitissima, stipata, rigurgitante di medici, studenti, studentesse e professori: le due regine sono state accolte da applausi fragorosi e da grida di: « Viva il Belgio, viva l'Italia ».

Infine le due regine hanno visitato gl'impianti scientifici della Clinica e sono rimaste soddisfatte nel trovarla fornita di tutti i mezzi, anche i più moderni, per lo studio e la cura dei malati. Salutate da nuovi applausi hanno lasciato la Clinica.

Dopo quest'ultima visita le Regine hanno lasciato l'ospedale.

III Congresso internazionale di Storia della Medicina.

Si adunerà a Londra dal 17 al 22 luglio p. v. Le sedute si terranno alla Società Reale di Medicina, al Collegio Reale dei Medici, al Collegio Reale dei Chirurgi, al Museo Medico Storico Wellcome e altrove. Vi saranno mostre speciali; il Comitato esecutivo apprezzerà altamente il prestito di oggetti che interessino la storia della medicina.

Saranno oggetto di relazione: 1. « Principali focolai epidemici e endemici nel Medioevo; peste, ergotismo gangrenoso, lebbra, malaria »; 2. « Storia dell'anatomia »; 3. Rinascenza delle conoscenze mediche nel XVI secolo ». Le comunicazioni dovranno inviarsi al segretario generale dott. J. D. Rolleston, 21, Alexandra Mansions, King's Road, London S. W. 3.

Quote per i membri della Società Internazionale di Storia della medicina 40 franchi francesi; per gli altri congressisti 40 fr.; per i membri di famiglia dei congressisti e gli studenti 10 fr. Le quote per mandato postale o *chèque* sulla Lloyd's Bank dovranno inviarsi al tesoriere, W. G. Spencer Esq., O. B. E., M. S., 2, Portland Place, London W. 1.

I Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per l'Igiene.

È indetto a Napoli dal 25 al 29 maggio.

Temi in discussione saranno: « L'Alcoolismo », relatori: prof. P. Amaldi (Firenze); prof. M. Bianchini (Lucca); sen. avv. R. Garofalo (Napoli); prof. D. Levi Morenos (Roma); prof. R. Vivante (Venezia): « Corsi di perfezionamento per gli Ufficiali sanitari. Indirizzo vecchio e nuovo. Critiche e proposte », relatore: prof. O. Casagrandi (Padova).

Si procederà alla premiazione del concorso nazionale bandito dall'Associazione: *a*) per un opuscolo di propaganda sulla educazione e profilassi sessuale; *b*) per una conferenza sulla pulizia personale.

Avranno luogo festeggiamenti, visite ed escursioni.

Quota d'iscrizione L. 20 per i congressisti; L. 10 per i famigliari, da inviarsi non più tardi del 15 maggio p. v., al Segretario generale dott. Giovanni Palomba, Roma 25, via Vittorio Veneto, n. 96, per ricevere la tessera ed i documenti per il ri-

basso ferroviario (indicare per ciascuna persona: cognome, nome, età, qualifica, domicilio, stazione di partenza).

Per chiarimenti ed informazioni dirigersi a Roma al Segretario generale del Congresso dott. G. Palomba; a Napoli al Segretario generale del Comitato dott. cav. uff. A. Botti, piazza S. Giov. Maggiore, 25 - Napoli (70). Per le prenotazioni degli alloggi dirigersi, non oltre il 15 maggio p. v., al dott. comm. V. Lo Schiavo - Napoli, via Majo di Porto, 9.

V Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro.

I temi principali che saranno trattati sono i seguenti:

La prevenzione della invalidità di indole medica (prof. L. Devoto);

L'igiene agraria del dopo guerra con speciale riguardo alla malaria (prof. A. Monti);

Nuove e vecchie vedute sugli avvelenamenti da piombo (prof. C. Biondi);

Sull'organizzazione dei turni di lavoro (dottor Masi);

Per la riforma delle Leggi Infortuni (sarà distribuito a stampa). Orizzonti di etica medico-sociale (prof. L. Borri).

A presidente del Comitato d'Onore è stato prescelto il prof. comm. Luigi Devoto.

Al Congresso sarà annessa una esposizione di tutto ciò che è stato in questi ultimi tempi escogitato per prevenire gli infortuni sul lavoro.

Segreteria: Ufficio Comunale d'Igiene, via Cavour, n. 8 - Firenze.

Cospicua donazione alla Clinica Oculistica di Roma.

Il 29 marzo innanzi a S. E. l'on. Agostino Lo Piano, Sottosegretario all'Istruzione, è stato stipulato l'atto con cui l'on. prof. Giuseppe Cirincione, direttore della Clinica oculistica di Roma, e l'industriale comm. Pietro Cidonio, fanno donazione al Ministero dell'Istruzione Pubblica della somma di L. 240 mila, per la costituzione di un Ente, a favore di detta Clinica, per l'incremento degli studi oculistici a mezzo di borse e premi, da conferirsi mediante concorsi nazionali e internazionali. Lo Stato concorre nell'opera con l'assegno annuo di lire 20 mila.

S. E. Lo Piano all'atto della stipulazione, ha vivamente ringraziato, a nome del Ministero, l'on. Cirincione e il comm. Cidonio dell'atto veramente munifico che mette la Clinica di Roma, che ha già tanta rinomanza fra le maggiori Cliniche europee e alla quale l'on. Cirincione ha dedicato tutta la sua profonda competenza e attività, in condizioni di dare sviluppo sempre maggiore agli studi oculistici ed al loro perfezionamento.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXIX — Roma, 17 Aprile 1922 — Fasc. 16

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI.

Sulla sieroterapia.

Lezione del prof. dott. GUIDO BERGHINZ
Direttore inc. della R. Clinica Pediatrica di Padova
raccolta dal dott. GIOVANNI DE TONI, assistente.

Allorchè, nell'anno 1893, dopo una lunga e laboriosa preparazione, Behring lanciò nel mondo il suo siero antitossico contro la difterite, noi vedemmo in questo grande avvenimento un fatto che avrebbe rivoluzionato tutta la medicina contemporanea.

Le prime trionfali esperienze di Roux avevano abbassato la mortalità difterica dal 50 al 24 %, e al Congresso di Budapest nel 1894, Chantemesse poteva dichiarare che quest'ultima cifra era ancor scesa al 12 %, e lasciava speranza che si avesse in seguito una ulteriore diminuzione. L'entusiasmo destato da queste ricerche fece sì che per molti anni nessuno si occupasse d'altro. Tutti gli Istituti, tutte le Cliniche più riputate, si posero febbrilmente al lavoro, per applicare questo nuovo tipo di terapia specifica a tutte le malattie per le quali erano falliti od erano stati giudicati insufficienti gli altri rimedii. Dalla polmonite alla tubercolosi, dalla meningite all'epilessia, si può dire che non ci fu morbo contro il quale non sia stata sperimentata l'azione di sieri antitossici o antibacterici o bivalenti.

Basta dare una scorsa alla letteratura di questo trentennio per farsi un'idea dell'enorme congerie di lavoro diretto tutto su questo indirizzo.

Poi l'entusiasmo si è a poco a poco calmato; l'esperienza più volte ripetuta ha dimostrato che la più gran parte di questi sieri non ha alcuna efficacia; a qualche siero è rimasta una certa importanza pratica, dal punto di vista profilattico; pochissimi hanno mostrato di possedere una reale attività terapeutica contro le malattie già in corso. La vaccinoterapia, che per qualche tempo era stata quasi offuscata dalla luce troppo viva, sparsa dalla più giovane sorella, riacquistava il suo posto d'onore.

Con tuttociò la sieroterapia aveva fatta una importante conquista; essa poteva vantarsi di essere riuscita quasi a dominare la difterite e questa non era certo una piccola gloria. Nel naufragio generale erano riuscite pure a rimanere un po' a galla la sieroterapia della meningite epidemica, quella della dissenteria

e quella del tetano. Su queste si puntarono gli sforzi dei più, e si accese una lotta tra coloro che volevano salvare almeno queste dal disastro comune, e quelli che scetticamente gridavano al fallimento totale, e non si peritavano nemmeno di scalzare il piedestallo anche all'immortale scoperta di Behring, negando l'efficacia del siero antidifterico stesso. Donde deriva questa ondata di reazione, ed è giustificato in realtà questo scetticismo di alcuni?

A mio avviso esso lo è soltanto in parte: la sieroterapia subisce ora le conseguenze dell'eccessivo scalpore che era stato sollevato intorno al suo nome. Essa è stata per qualche tempo la terapia di moda, si è voluto richiedere da lei anche quello ch'essa non poteva dare, e poi dinanzi ai molti insuccessi, che un sano raziocinio avrebbe potuto prevedere e spiegare, molti sono passati all'estremo opposto negando anche i suoi reali benefici inoppugnabilmente dimostrati. La stessa sorte hanno attraversato l'elettroterapia, la tubercolinoterapia, l'opoterapia, ecc. Ad ogni entusiasmo, succede come ho detto, una reazione, e soltanto in seguito si ritorna sui propri passi, cedendo all'evidenza dei fatti.

Esaminiamo perciò obbiettivamente il valore reale della sieroterapia nelle quattro forme morbose, cui ho accennato più sopra, ed intorno alle quali è più animata la lotta.

Cominciamo dalla difterite. Per vero dire, sembrerà forse ad alcuni una discussione oziosa la mia: più di trent'anni d'esperienza di siero antidifterico, in tutto il mondo, hanno creato a Behring ed alla sua scoperta un monumento di bronzo che sfida i secoli.

Eppure come ho già detto, il vento di fronda ha cercato di scuotere anche questo solido edificio.

In questi ultimi anni infatti non sono mancati osservatori, che hanno reso noto di aver subito degli scacchi mediante l'uso del siero antidifterico. Nei casi gravissimi, in quelli specialmente che vengono detti fulminanti, non si può contare, è stato detto, sull'azione del siero anche se precocemente usato: questo insuccesso è perfettamente spiegabile col fatto che la via d'introduzione usata da questi medici è stata quasi sempre la sottocutanea. Le belle esperienze di Morgenroth hanno dimostrato all'evidenza quale importanza capitale abbia la via d'introduzione del siero; iniettato nelle vene, il potere antitossico è elevato nelle prime ore; dopo l'ottava esso si abbassa, e dopo 24 ore è scomparso. Se si è fatta iniezione intramuscolare, il potere antitossico si manifesta già all'ottava ora e dura fino alle 24 ore; poi comincia a diminuire, ed al terzo giorno è scomparso. Dopo un'iniezione sottocutanea il potere antitossico compare assai più tardi; dopo 24 ore esso è ancora 5 volte meno attivo che dopo l'iniezione nei muscoli; la sua azione raggiunge il massimo al terzo giorno soltanto, ma dura a lungo, essa non è totalmente scomparsa che dopo circa 15 giorni.

Ora nei casi gravissimi se non si può e non si osa praticare l'iniezione endovenosa, che può dare dei fenomeni di chok, che però spesso con opportune cautele si potrebbero prevenire, bisogna senz'altro iniettare una dose massiva nei muscoli; in tal modo il siero raggiunge in tempo minore una concentrazione molto superiore nel sangue, rispetto a quando si pratica l'iniezione sotto cute. Altri Autori segnalarono casi in cui la difterite anche se non gravissima, seguì il suo corso senza risentire per nulla l'effetto del siero: questi casi non sono numerosi, e sono pur essi in ogni modo giustificabili. Infatti anche senza pensare alla possibilità che un dato siero sia preparato più o meno accuratamente, resta sempre il fatto ben dimostrato che esistono svariati ceppi di germi, contro i quali l'azione di un siero può essere evidentemente più o meno efficace. È perciò che io da molti anni ho l'abitudine di praticare la sieroterapia, adoperando alternativamente sieri di varie marche, e a dosi sempre elevate.

Mentre alcuni scettici, come abbiamo visto ora, negano al siero una qualsiasi azione terapeutica, altri autori riconoscono che esso è giovevole, ma soltanto per l'azione banale esercitata dal siero di cavallo. Vedemmo apparire perciò numerose statistiche, dalle quali appariva evidente l'esito ottimo della cura della difterite fatta col siero normale di cavallo.

Contro questa tendenza reagirono parecchi clinici e sperimentatori e tra i lavori più recenti ed autorevoli vi citerò quelli di Czerny (1) e di Kolle e Schlossberger (2); i numerosi esperimenti di controllo istituiti negli animali, facendo uso di siero assolutamente privo di antitossine, hanno mostrato che il siero normale, anche usato ad alte dosi, non possiede alcuna azione curativa.

Anche coloro che dichiarano apertamente la loro sfiducia nell'azione terapeutica del siero, non possono certamente non sentirsi un po' titubanti dinanzi a tanti fatti e ad asserzioni così autorevoli. È perciò che anche recentissimamente uno scettico convinto, il Montefusco (3), finisce pur sempre col consigliare l'uso

della sieroterapia «sia perchè è ancora troppo radicata la convinzione che solo la sieroterapia guarisce la difterite, sia perchè il siero adoperato con prudenza è assolutamente innocuo, sia perchè altri mezzi di cura noi non abbiamo per questa malattia». Queste parole mostrano chiaramente che lo scetticismo dell'Autore non è così assoluto, quale egli cerca di far parere; s'egli fosse realmente convinto che la sieroterapia antidifterica non è mai giovevole, egli dovrebbe lottare contro l'errore e sconsigliare senz'altro l'uso del siero; il fatto che il siero è innocuo, e che non abbiamo altri rimedi a disposizione non dovrebbe essere fattore sufficiente a voler prolungare un sistema terapeutico inefficace.

Ma lasciamo pure sia gli oppositori che i sostenitori del siero: voglio invece dirvi quanto ho potuto raccogliere per esperienza personale nell'Ospedale infettivi di Udine, che dirigo da 15 anni, e perchè fissiate meglio le idee vi presento una tabella dove voi potrete vedere rappresentati schematicamente i risultati della terapia che io preconizzo.

misto, alternando per lo più il Wellcome, col siero dell'Istituto Milanese, e col siero di Berna; la sieroterapia veniva usata largamente fino ad un massimo di 22.000 U. I. Nella difterite faringea ricorremmo se del caso all'intubazione a preferenza che alla tracheotomia, poichè l'esperienza ci mostrò la grande utilità di quell'intervento. Per corroborare la vostra fiducia sull'azione del siero, vi dirò che io sono convinto che se tutti i casi fossero curati in tempo la mortalità potrebbe scendere allo zero: vi basti il dire che in esercizio professionale ormai lungo, io non ho perduto per difterite nemmeno un bambino appartenente a classe un po' elevata, là dove sono stato sempre chiamato ai primi allarmi.

Forte della mia esperienza, io posso dunque dirvi: fate largo uso di siero, intervenite quanto più precocemente è possibile, vi saranno è vero dei malati che soccomberanno ad onta delle vostre cure, ma nella grande maggioranza dei casi la vostra opera sarà coronata da successo, e voi avrete il legittimo orgoglio di aver salvato delle vite preziose.

TABELLA.

Anno	Totale difterici	DIFTERITE LARINGEA					DIFTERITE DELLE FAUCI			Mortalità globale %
		totale	intubati	tracheotomizzati	morti	quantità media di siero	totale	morti	quantità media di siero	
1907	22	14	9	1	1	13.000 U. I.	8	—	10.000 U. I.	4,5 %
1908	29	17	6	—	2	13.000 U. I.	12	2	10.000 U. I.	13,8 %
1909-1910	67	42	12 (8 morti)	5 (4 morti)	14	13.000 U. I.	25	1	10.000 U. I.	22,3 %
1911	32	—	—	—	—	"	—	—	"	18,7 %
1912	55	—	—	—	—	"	—	—	"	9 %
1913	30	—	—	—	—	"	—	—	"	10 %
1914	52	—	—	—	—	"	—	—	"	9,6 %
1915	69	—	—	—	—	"	—	—	"	18,8 %
1916 (*)	40	—	—	—	—	"	—	—	"	20 %
1919	25	—	—	—	—	"	—	—	"	16 %
1920	58	25	14 (3 morti)	—	3	18.000 U. I.	33	3	15.000 U. I.	10,3 %
1921	61	27	—	—	4	18.000 U. I.	34	1	15.000 U. I.	8,2 %
TOTALE	540									14,6 % Mortalità media in 15 anni

(*) Mancano 1917-1918 (invasione).

Voi vedete che la mortalità media in quindici anni è del 14 %, media confortante, se viene da noi paragonata con quelle che ci sono state date da altri Ospedali o da altre Cliniche. Noi abbiamo sempre fatto uso di siero

Se poteva sembrare forse inutile a qualcuno una difesa della sieroterapia antidifterica, ciò non può essere per la meningite epidemica dato che la sieroterapia antimeningococcica è molto discussa oggigiorno. Il siero antimeningococci-

co è stato introdotto nell'uso della pratica solo nel 1905 da Wassermann e Iochmann. La mortalità dei meningitici che fino allora era sempre stata alta (80-90 %) si abbassò fino al 10-20 per cento.

Nei bambini ricoverati in un decennio nella Clinica Pediatrica di Roma, Spolverini (4) ebbe una mortalità del 75 % nei non trattati, del 40 % nei trattati col siero. Nella Clinica di Palermo, Rutelli (5), ebbe nei bambini una mortalità del 31,3 %, pure grazie all'uso del siero.

Ma nei bambini stessi non si può stabilire una percentuale media, poichè ha grande valore la differenza di età. Se voi leggete infatti le osservazioni del Di Cristina (6) sulla grave epidemia che si verificò in Sicilia nel 1915, voi vedrete che mentre nei bambini della seconda infanzia la mortalità ha raggiunto soltanto il 30 %, nei lattanti essa è salita al 56 %. In questi invero si hanno più frequentemente fatti setticemici e la resistenza al morbo è minore.

In causa dei risultati non sempre felici della sieroterapia, molti Autori sono giunti a negare qualsiasi efficacia all'azione del siero, facendo derivare i vantaggi talora notati dal solo fattore dell'evacuazione del liquido. A questi Autori potremmo rispondere che è ben vero che la puntura lombare è per sè sola un rimedio sintomatico, in quanto diminuisce la contrattura, e rende meno fastidiosa la cefalea, ed io perciò fin dal 1897 ne consigliavo un'applicazione la più larga possibile (7); ma che d'altra parte nei quattordici anni che intercorsero tra la prima applicazione del metodo di Quincke, e la scoperta del siero antimeningococcico, non si osservò per frutto della sola puntura lombare, che una diminuzione assai poco considerevole nella media della mortalità.

Non sarà privo d'interesse l'esame della statistica della nostra Clinica durante l'ultimo decennio. I malati di meningite da meningococco furono in tutto 27. Il presente specchietto vi darà un'idea dei risultati della sieroterapia.

		Curati col siero	Morti	Non curati col siero	Morti	Mortalità globale
Bambini al disotto di 2 anni. . .	8	6	3	2	1	4 (50 %)
Bambini dai 2 ai 10 anni	19	10	2	9	3	5 (26 %)

Questa statistica non sarebbe proprio incoraggiante nei riguardi della sieroterapia, ma vi debbo avvertire che in tre dei casi in cui si ebbe morte ad onta del siero, l'impiego di questo era stato fatto in modo assolutamente insufficiente ed in un'epoca assai tardiva.

Accanto a questa statistica della Clinica, vi darò pure quella del mio Ospedale Infettivi di Udine: la mortalità complessiva è stata (dal 1915 al 1917 e nel 1919-1920) del 43 % nei civili, e del 20 % nei militari. Sotto l'anno ho potuto salvare solo due bambini su 12. Ma è da osservare anche quì che quasi tutti i malati in cui il risultato della sieroterapia non è stato favorevole, sono stati portati all'Ospedale in stato di eccezionale gravità; numerosi soccombettero nelle prime 24 ore, parecchi altri erano già in stadio di cronicità con formazione di focolai bloccati. Sono questi ammalati curati tardi o non curati che soccombono e rendono nere le nostre cifre statistiche; posso dirvi per la meningite quello che vi ho detto per la difterite, io non ho perduto alcun ammalato di classe sociale un po' elevata quando sono stato chiamato al primo allarme (100 × 100 di guarigioni). Perciò intervenite di buon animo e quanto più prontamente potete, eseguite la puntura lombare, lasciate fluire il liquido il più possibile, ed iniettate il siero al malato in decubito laterale sempre in dose minore dell'evacuato. Le dosi di siero che io sempre uso, sono di 10-20 cc. sotto l'anno, di 20-30 dai 2 ai 3 anni, di 50-60 anche 100 e 120 cc. nell'adulto, nei quali casi associo l'iniezione sottocutanea. Se non si ha miglioramento, ripetere per 2-3 giorni di seguito, e poi ancora, lasciando qualche giorno d'intervallo. Nell'adulto io ho raggiunto anche dosi di 1000 cc. di siero. Anche quì come per la difterite, si trova che non sempre uno stesso siero è efficace; se si cambia siero si ha l'effetto benefico che il primo non ci ha dato. Usate perciò, se vi è possibile alternativamente sieri di varie marche.

In casi ribelli ad ogni trattamento sieroterapico, dovrete pensare alla possibilità che non si tratti di meningococchi, ma di parameningococchi. Delorde e Stiassmé (8) in due casi di meningite cerebro-spinale parameningococcica ebbero risultato insperato con l'uso di siero antiparameningococcico, dopo che l'antimeningococcico aveva fallito completamente. Casi consimili sono stati comunicati anche da altri Autori, e d'altra parte, come ben sapete, i batteriologi hanno ora suddiviso in parecchi sottogruppi il ceppo primitivamente unico, del meningococco di Weichselbaum. Ormai abbiamo i tipi *A*, *B*, *C* e *D* ben differenziati, e per ognuno di essi viene preparato industrialmente un siero specifico. Ma benchè questi sieri si trovino già in commercio (ad esempio l'Istituto Pasteur di Parigi ne prepara di ottimi) il loro

impiego non è d'applicazione pratica usuale, data la necessità di dovere stabilire prima dell'uso del siero, la identità del ceppo microbico. Perciò nell'esercizio giornaliero siamo costretti ad impiegare sieri polivalenti, naturalmente meno efficaci.

Questo ho voluto dirvi, perchè gli insuccessi spesso frequenti della sieroterapia non ingenerino scoraggiamento nell'animo vostro e non vi lascino volontariamente disarmati contro un morbo così terribile.

E veniamo alla dissenteria: I primi risultati terapeutici del siero antidissenterico preparato da Shiga in collaborazione con Flexner erano stati apparentemente abbastanza favorevoli. Nel Giappone l'uso del siero, fatto largamente assai, aveva prodotto una notevole riduzione della mortalità in alcune gravi epidemie. Ma poi sorsero numerose obiezioni per parte di osservatori, che dalle iniezioni di siero non avevano ricavato alcun vantaggio.

Si sperava che la guerra, che purtroppo ha così ampiamente arricchita la nostra esperienza su parecchie questioni oscure e dibattute, potesse darci alfine un criterio sicuro ed obbiettivo anche riguardo alla sieroterapia antidissenterica.

Invece ci troviamo ancora in un mare d'incertezze. Secondo alcuni Autori infatti il siero è efficace non solo terapeuticamente, ma anche profilatticamente, e citerò ad esempio Bujwid (8) e Klesk (9) tra i tedeschi e Klein (10) e Waller (11) tra gli inglesi. A questi Autori il siero polivalente in iniezioni sottocutanee o intramuscolari, all'inizio, in iniezioni endovenose più tardi, si è mostrato efficace. I risultati sono stati più favorevoli, quanto più precocemente era stata fatta la sieroterapia; applicata prima del sesto giorno di malattia, essa è seguita da guarigione rapida; nel periodo intermediario (dal sesto al decimo giorno) essa non riesce a impedire la morte nel 50 % dei casi. Infine allo stadio di disidratazione e d'intossicazione profonda, essa non ha più alcun effetto.

Accanto a questi risultati ed a consimili resi noti da altri Autori, per i quali ci sarebbe lecito soffermarci con qualche speranza sulla sieroterapia antidissenterica, abbiamo avuto anche recentemente delle testimonianze di valore completamente opposte.

Le più autorevoli sono quella di Jakob (12) e quella recentissima di Kuntze (13). Jakob ha iniettato in 90 malati gravi o mediocramente gravi, una quantità di siero polivalente variabile (da 20 a 490 cmc.); le iniezioni erano sottocutanee e endovenose, e fatte nella prima e seconda settimana di malattia. Egli non ebbe a notare alcuna influenza sul decorso morboso.

Parimenti Kuntze rende conto di 143 casi di dissenteria bacillare (Shiga-Kruse, e bacilli pseudo dissenterici) osservati nella Clinica Pediatrica di Lipsia durante l'estate e l'autunno del 1919. La mortalità tra i lattanti fu del 47%, quella dei bambini più grandicelli, del 20,7 %. La sieroterapia si dimostrò del tutto inefficace. Come si vede i risultati sono parecchio discordi. Sia permesso a me pure di rendere nota l'opinione che ho in proposito, frutto di una esperienza di oltre 2 decenni di sieroterapia antidissenterica. Ancora nel 1900 io comunicavo i risultati delle mie prime prove sull'efficacia terapeutica del siero (14) da me usato in occasione di una grave epidemia circoscritta, scoppiata in Udine nel 1898. Dalle tabelle allora pubblicate, risulta che nei malati trattati col siero di Celli la mortalità era stata del 14 %, in luogo del 100 % di mortalità di un gruppo di malati tutti gravi non curati col siero. Giova notare che nessun'altra terapia era stata da me introdotta nei malati curati col siero, nemmeno la semplice sedativa. Io perciò concludevo allora che il siero antidissenterico non solo è innocuo, ma che in casi gravi, specificamente provati anche dalla sierodiagnosi, può condurre ad una rapida e durevole guarigione senz'altro sussidio terapeutico, ed è perciò sicuramente un siero specifico.

Negli anni successivi, fino alla guerra, non ebbi occasione di osservare epidemie particolarmente gravi di dissenteria bacillare. Si trattava invece per lo più di forme a carattere benigno, determinate dal bacillo di Shiga, le quali ritraevano a mio avviso un effetto benefico dalla sieroterapia, ma delle quali molte guarivano anche con i comuni rimedi.

Durante la guerra nei primi due anni la dissenteria poco interessò per la immanenza di altre più gravi epidemie; fu solo nel 1917 allorchè i nostri servizi sanitari avevano raggiunto la perfezione, in un momento di calma epidemica, favorevole ad ogni ricerca, che venne di nuovo in luce la dissenteria, alla fine di maggio, quasi contemporaneamente nella popolazione civile e nei militari.

Di questa epidemia che destò un grande allarme e che assume in breve una diffusione anormale (basti il dire che in un giorno io avevo all'Ospedale in cura ben 50 civili di ogni età e sesso, oltre i militari) diedi già comunicazione in precedenza (15).

Le ricerche bacteriologiche eseguite sistema-

ticamente da me e dal collega dott. Vivaldi, accertarono nell'85 % dei casi la natura bacillare della forma morbosa; si trattava quasi sempre di bacilli Shiga, raramente di Flexner.

Nel mio reparto i malati vennero curati esclusivamente col siero antidissenterico polivalente dell'Istituto Sieroterapico Milanese; le iniezioni vennero praticate sotto cute, ad alte dosi (20-30 cc. al giorno negli adulti, 10 cc. nei bambini di un anno) per 5-8 giorni. Tranne fenomeni di orticaria, non ho mai avuto a lamentare inconvenienti da siero. I risultati furono sempre buoni, e tali da confermare il mio convincimento sull'efficacia terapeutica del siero. Non posso però nascondere che in alcuni casi di dissenteria da Shiga, a sindrome emorragica cospicua, il siero diede risultati scarsi; in questi casi ribelli, le iniezioni quotidiane di cloridrato di emetina (0.04-0.08 fino alla dose complessiva di un gr.) diedero risultati inattesi, rapidamente favorevoli. In questi casi batterioscopicamente accertati furono eseguiti i più ampi controlli ad escludere l'eventuale contemporanea presenza di amebe, cosicchè devo ritenere che anche nella forma bacillare il cloridrato di emetina abbia buon effetto terapeutico, e che perciò questo criterio non possa servire alla diagnosi differenziale.

Nell'anno 1920, l'Ospedale Infettivi di Udine da me diretto ricoverò in tutto 19 dissenterici (Shiga-Kruse): praticai sempre la sieroterapia esclusiva e non ebbi a lamentare alcun decesso; nel 1921 invece su 16 entrati, ebbi a deplorare 3 decessi, ma però in casi gravissimi curati troppo tardivamente.

Il reumatismo post-dissenterico non è da mettere in rapporto col siero, ma con l'infezione dissenterica.

Concludendo io debbo affermare l'efficacia della sieroterapia antidissenterica.

Se riguardo all'efficacia del siero antidissenterico, come ho già detto, l'esperienza della guerra non ha portato la prova generale decisiva, possiamo ben dire invece che il siero antitetanico ha superato una vera prova del fuoco. Già prima della guerra, per vero dire si era costituita una notevole raccolta di casi in cui il siero aveva agito non solo in misura profilattica, ma anche in misura terapeutica. La casistica dell'anteguerra si trova quasi tutta raccolta in un lavoro di Comby (16), con aggiunta di casi personali; dalla statistica portata, già si può rilevare quanto diffusamente fosse già riconosciuta come indiscutibile l'azione curativa del siero. Le statistiche di guerra, per quanto esse oscillino entro limiti molto ampi a seconda delle varie nazioni, pure non presentano più la terrificante cifra di mortalità che avevano fino a pochi anni or sono. Citerò come esempio la statistica di Kreuter (17): la mortalità globale nei soldati non curati col siero era del 78.9 %, in quelli trattati si abbassò a 35.5 %. La mortalità in tetanici con meno di 10 giorni di incubazione si abbassò da 78.9% a 64.3%, se con più di 10 giorni, da 37 % a 12.2 %. Queste cifre dunque sono abbastanza confortanti. Più grave invece è la prognosi del tetano dei neonati, le cui statistiche sono impressionanti, tanto che qualche Autore nega addirittura che sia possibile la guarigione.

In un lattante di giorni 13, ricoverato nel mio reparto di Udine nel giugno di quest'anno sono riuscito a ottenere guarigione mediante tre iniezioni endorachidee e due endomuscolari di siero.

Veniamo dunque alla via d'introduzione. È noto che nei riguardi della via d'introduzione del siero a scopo terapeutico i vari Autori non sono ancora del tutto d'accordo. Basti ricordare infatti che nel 41° Congresso della Società Germanica di Chirurgia (aprile 1912) Erler propugnava la via sottocutanea, Graff quella intravenosa, Anschütz quella intranervosa, Ritter quella intrarachidea, Simon l'endovenosa ed intrarachidea associate, e non mancava chi propendeva per quella intracranica (già tentata da Borrel, Roux e Power). Oramai si può considerare come abbandonata la via intracranica, che richiede sempre la collaborazione di un chirurgo; la via intranervosa è estremamente dolorosa; la via endovenosa è pericolosa, poichè iniettando dosi un po' alte di siero ci si espone a degli *chocs* che possono aggravare assai la situazione. Restano a contendersi il campo la via sottocutanea e l'endorachidea.

La prima è indubbiamente più comoda per il medico pratico, ma con la via intrarachidea si fa arrivare il rimedio per una via più diretta e pronta, fino al sistema nervoso. Ora il medico, chiamato al letto di un tetanico, deve poter fare arrivare nei centri con la massima rapidità e nella maggior concentrazione possibile l'antitossina specifica. A mio avviso perciò la sieroterapia endorachidea deve venire eseguita sempre (in caso di opistotono, eseguirla sotto narcosi); sarà opportuno tuttavia di associare sempre delle iniezioni di siero praticate sotto cute o nei muscoli, specialmente nella zona circostante alla ferita.

La tecnica che io uso praticare è la seguente: mediante puntura lombare dò esito ad una

quantità di liquido, che sostituisco con siero completando in caso con iniezioni sottocutanee ed endomuscolari, in modo da iniettare fin dal primo giorno da 100 a 200 U. I.

Se il liquido cefalorachidiano non è iperteso, ed esce solo qualche goccia, inietto ugualmente 5 cmc. di siero, ed il resto tutto nei muscoli, per avere un assorbimento più rapido. Questa terapia va continuata per 5-6 giorni, e poi soltanto ogni 3 giorni, fino a miglioramento ben manifesto. Come cura sintomatica, si può associare il cloralio.

Nella Clinica Pediatrica di Padova, dal 1912 al 1921 vennero osservati 16 casi di tetano traumatico, e la mortalità raggiunse la cifra del 31.2 %. Questa cifra non è elevata se si raffronta con la media di 37.5 % riportata da Ansalone (18) in base a 7à casi recenti raccolti nella letteratura di bambini curati colla sieroterapia.

A nostro avviso perciò la cura di elezione del tetano consiste nella sieroterapia preferibilmente endorachidea, eseguita il più precocemente possibile e continuata per parecchi giorni. Nei casi gravissimi aumentate senza paura le dosi, mediante aggiunta di forti quantità di siero iniettato sotto cute o nei muscoli.

Con tale sistema di terapia intensiva potrà forse venire il giorno in cui sarà del tutto corrispondente alla realtà dei fatti, l'audace affermazione di Etienne: il tetano dichiarato è una malattia che deve guarire.

BIBLIOGRAFIA.

1. AD. CZERNY. *Berliner Kl. Woch.*, 1918, numero 48.
2. W. KOLLE e H. SCHLOSSBERGER. *Mediz. Klin.*, 1919, n. 1.
3. MONTEFUSCO. *Policlinico*, Sez. Pratica, 1921. n. 39.
4. SPOLVERINI. *Rivista Ospedaliera*, ag. 1914.
5. RUTELLI. *Pediatria*, 1915.
6. DI CRISTINA. *Pediatria*, settembre 1916.
8. DELORDE e STIASSMÉ. *Arch. de Méd. et Chir. infant.*, T. XVIII, n. 12.
7. BERGHINZ G. *Pediatria*, 1897, n. 8.
8. BUJWID O. *Med. Klinik.*, 1915, n. 37.
9. KLESK A. *Med. Klinik.*, 1915, n. 42.
10. KLEIN. *The Lancet*, 1° novembre 1919.
11. WALLER. *The Lancet*, 1919, n. 50.
12. IAKOB. *Münc. med. Wochensch.*, 1918, numero 24.
13. KUNTZE. *Mediz. Klinik.*, 1921, pag. 307.
14. BERGHINZ G. *Annali d'Igiene Sperimentale*, Fasc. IV., A. 1900.
15. BERGHINZ G. *Comunicazioni all'Accademia Medico-Fisico Fiorentina nell'adunanza del 31 gennaio 1918.*
16. COMBY. *Arch. d. Med. d. Enf.*, 1915, n. 9.
17. KREUTER. *Münch. med. Woch.*, 1914, n. 46.
18. ANSALONE. *Pediatria*, 1920, p. 508.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
diretto dal prof. LUIGI MANFREDI
(Sezione per la Diagnosi Sperimentale della Tubercolosi e di altre malattie infettive).

Nuovi metodi di arricchimento per la ricerca del bacillo tubercolare nelle orine.

Nota di GIUSEPPE FRAGALE, Tecnico.

Sono note le difficoltà che presenta spesso la ricerca del b. tubercolare nell'orina, mentre è risaputo che nei casi di tubercolosi renale o delle vie orinarie in genere, tale ricerca assume una importanza considerevole, molte volte decisiva, sia col rendere possibile una diagnosi precoce della malattia, sia al fine di poter differenziare un'affezione tubercolare da altri processi morbosi.

L'esperienza dimostra continuamente che il metodo più comunemente adoperato all'uopo — centrifugazione dell'orina, esame diretto del sedimento così ottenuto — non offre una sufficiente garenzia di successo, massime in quanto riguarda la ricerca microscopica. Per rendersi conto di ciò, basta pensare infatti che il più delle volte, specialmente nei casi iniziali, non si tratta che della presenza di rari bacilli dispersi in masse enormi di liquido; che tali bacilli non sempre, o non tutti, vengono necessariamente trascinati nel sedimento, e che di questo, d'altronde, solo una piccola frazione può essere utilizzata per l'esame.

E se la prova biologica che si suole fare inoculando una parte del sedimento nelle cavie, aggiunge alla ricerca un reattivo di squisita sensibilità, vi è pure da considerare nei riguardi pratici, che essa richiede un tempo abbastanza lungo (4-6 settimane) in via ordinaria, sebbene non manchino espedienti tecnici suggeriti da diversi autori per ridurla a 2-3 settimane: inoculazione nella camera anteriore, o direttamente nel fegato, o nel sottocutaneo, mediante contemporaneo schiacciamento delle ghiandole regionali, oppure sottoponendo gli animali inoculati alla prova della tubercolina (1). In ogni modo però anche tale esperimento è soggetto a fallire alcune volte, e si ritiene oggidì da diversi urologi che il valore del metodo sia molto inferiore a quello assegnatogli generalmente (2).

(1) Ved. R. OPPENHEIMER, *Tuberkulosenachweis durch verkürzte Thierversüch.* D. med. Woch., 1921, Bd. 47, n. 51.

(2) V. XXVIII Congresso della Soc. ital. di Chirurgia. Relaz. e discussione sul tema: *Tubercolosi renale.* Riforma medica, 1921, n. 46.

Recentemente, allo scopo di facilitare la ricerca ed aumentare le probabilità dell'arricchimento mediante la centrifugazione, sono state proposte alcune varianti al procedimento ordinario.

Secondo Ellermann e Erlandsen (1), ai quali più tardi si è associato il Vivier (2), si pone a depositare l'orina per 24 ore, e si centrifuga il deposito: il sedimento così ottenuto viene trattato con CO_3NA_2 ad 1:400, tenendolo in termostato per 24 ore, quindi centrifugato; il sedimento derivante da questa seconda centrifugazione, addizionato con 5-6 cmc. di NaOH ad 1:400, viene riscaldato a bagno maria fino ad ebollizione. Nel deposito, che si forma al fondo del recipiente, va fatta la ricerca del b. tubercolare.

I risultati sono migliori senza dubbio, poichè si verifica una maggiore concentrazione della parte sedimentabile dell'orina: rimane però sempre l'inconveniente dello scarso e insicuro rendimento che deriva dalla prima centrifugazione, compiuta sopra grandi volumi di orina, e si aggiunge a questo l'altro della bollitura, per cui il materiale non è più adatto alle inoculazioni nelle cavie.

Il Citron (3) d'altra parte suggerisce di filtrare prima su carta una certa quantità di orina (50-500 cc.), precedentemente riscaldata a 40° C., e di centrifugare in ultimo il residuo che rimane sul filtro quando sia ridotto a pochi centimetri cubici. Il processo sembra raccomandabile, però la filtrazione di grandi volumi di orina presenta non poca difficoltà quando l'orina è ricca di muco, di pus o di altri elementi patologici.

In questi ultimi tempi si è pure tentato di girare le difficoltà del problema, sostituendo alla ricerca diretta del bacillo, quella indiretta dell'antigene (tubercolina), che si suppone debba trovarsi nell'orina nei casi di tubercolosi attiva del rene o di altri organi; così sono sorte l'*urino-reazione* del Wildbolz (4) e la *termoprecipitazione* del Viget (5). Ma questi metodi non hanno ancora ricevuto una sufficiente sanzione circa il loro valore e la loro portata pratica, e non pare, comunque, che essi possano soppiantare, quanto a precisione diagnostica, la dimostrazione diretta del germe specifico.

Mi è sembrato pertanto non privo di opportunità, dietro suggerimento e con la guida del prof. Manfredi, pormi alla ricerca di qualche processo di arricchimento, che fosse di attuazione facile nella pratica e di un effetto *diagnostico sicuro*, anche nei casi meno favorevoli. Il concetto da cui sono partito è stato il seguente: 1° determinare artificialmente in grandi quantità di orine la formazione di una massa di sostanza precipitante molto voluminosa, di natura colloidale, la quale si depositi involgendo e trascinando seco per effetto della sua azione di massa tutti, o quasi tutti i batteri che incontra; 2° ridisciogliere tale precipitato in un piccolo volume di liquido adatto, onde ricavarne in fine, mediante centrifugazione, un sedimento nel quale si trovino raccolti, eventualmente, i bacilli tubercolari che fossero presenti nell'orina.

È presumibile che in tal modo, potendosi ottenere una concentrazione massima del contenuto batterico dell'orina, la scoperta in questa anche di pochi b. tubercolari debba ritenersi assicurata. Soltanto occorre che le sostanze precipitabili aggiunte all'orina siano tali da ridisciogliersi poi facilmente, e che nè esse, nè i mezzi adoperati come precipitanti o solventi, possano danneggiare il bacillo di Koch; dimodochè si riesca a farne la dimostrazione completa, non solo all'esame microscopico, ma anche con la prova biologica, intesa quest'ultima sia sotto forma di coltura, che d'inoculazione negli animali.

Avendo saggiato in questo senso diversi processi, mi limito a descrivere quelli che meglio, secondo me, hanno corrisposto allo scopo; dei quali il primo, si presta preferibilmente per l'esame microscopico, gli altri anche per le prove biologiche.

***

1. *Aggiunta di albumina liquida. Precipitazione al calore. Dissoluzione del precipitato con idrato sodico e centrifugazione.* Mi sono servito come albumina liquida da mescolare all'orina, di albume d'uovo o di siero di sangue, l'uno e l'altro di facile impiego e alla portata di tutti. Con prove ripetute ho stabilito la quantità più conveniente da doverne adoperare, perchè si abbia un precipitato nè troppo scarso, nè eccessivamente abbondante, cioè: 2-3 cc. sia di albume che di siero, per 100 cc. di orina.

L'albumina o il pus o altri elementi organici, che possono trovarsi nelle orine patologiche di cui ci occupiamo, non fanno che aiutare naturalmente il processo di precipitazione.

---

(1) e (2) *Journal d'urologie*, 1919, t. VII.
(3) *D. med. Woch.*, 1919, n. 12.
(4) *Correspondzbl. f. Schweiz. Arzte*, 1919, n. 22.
(5) *Biochimica e Terapia sperimentale*, 1921. fasc. 1.

La coagulazione dell'albumina nell'orina, com'è noto, avviene facilmente ad orina acida o lievemente acidificata, quando si sottoponga ad una temperatura di poco superiore a 65°. È però preferibile, per ottenere di getto una grande massa precipitante, portare il miscuglio per 5 minuti in bagnomaria a 100°.

Ritirato il recipiente dal bagnomaria, si aspetta che abbia luogo la sedimentazione, ciò che richiede non molto tempo, dopo di che portato via il liquido soprastante, si sottopone a centrifugazione il precipitato per ridurlo al minor volume possibile.

La massa solida che così si ottiene, decantata la parte liquida, viene addizionata e mescolata con un volume 5-6 volte maggiore di una soluzione d'idrato sodico (Na OH all'alcool) al 0.5:100, che deve operarne la disgregazione. Questa si verifica in pochi minuti a caldo, ma abbastanza presto anche a freddo, sotto forma di una dissoluzione che dà luogo ad un liquido quasi del tutto limpido o appena un po' opalescente. L'idrato sodico nella proporzione anzidetta dissolve anche il pus, il sangue, ecc., quando coesistono nell'orina, ma non intacca punto la integrità del bacillo tubercolare nè altera le reazioni che lo caratterizzano.

Sottoponendo quindi il detto liquido ad una energica centrifugazione per 15-20 minuti, si forma un sedimento tenue che ha l'aspetto per lo più di un sottile rivestimento al fondo del tubo: è in questo piccolissimo materiale, che si trovano raccolti tutti o quasi tutti i bacilli che erano eventualmente presenti nell'orina impiegata. Non rimane che passare all'esame di tale materiale, dopo avere asportato il liquido soprastante.

L'osservazione microscopica riesce bene colorando i preparati col metodo Ziehl-Neelsen, meglio ancora seguendo la modifica indicata per tale metodo dal Bender (liquido di Ziehl-decoloraz. con alcool acido-coloraz. di contrasto con soluzione acquosa satura di ac. picrico) (1), con la quale è possibile fare anche dei preparati molto spessi, cioè portare sotto al microscopio dosi rilevanti di materiale senza che i preparati perdano di nettezza, poichè i bacilli spiccano in modo straordinario sulla tenue colorazione gialla del fondo. Un'utile precauzione, dato che il materiale talvolta aderisca male al vetrino, è quella di emulsionarlo precedentemente con qualche goccia di una soluzione di HCL al 0.5 p. 100 e di lavare i vetrini nella soluzione medesima.

(1) BENDER, *Centralblatt f. Bacter. Orig.*, 1921, Bd. 86, S. 461.

***

2. *Aggiunta di albumina. Precipitazione a freddo con ferrocianuro potassico o col reattivo di Esbach. Dissoluzione del precipitato con idrato sodico e centrifugazione.* Il processo in sostanza è analogo al precedente e non comporta che questa variante: la precipitazione dell'albumina, invece che a caldo, si fa avvenire a temperatura ambiente, applicando identicamente lo stesso trattamento a base di ferrocianuro potassico o di reattivo di Esbach (quest'ultimo da aggiungere all'orina nella proporzione di 1:2), che si adopera per la ricerca dell'albumina nell'orina. La precipitazione avviene del pari rapidamente e sotto forma di masse voluminose.

Il trattamento del precipitato con l'idrato sodico per operarne la dissoluzione, va eseguito anch'esso a freddo, oppure tenendo il miscuglio a 37° per 1/2-1 ora e agitandolo più volte.

In questo modo si può utilizzare il sedimento finale, oltre che per l'esame microscopico, anche per la prova della coltura e per l'inoculazione negli animali. Circa il procedimento da seguire per questi due ultimi saggi, vedasi il metodo seguente.

***

3. *Applicazione del Metodo di* Ficker *indicato per la ricerca del bac. del tifo nell'acqua.* È noto che con questo metodo (1) si mira ad ottenere nell'acqua da esaminare un precipitato voluminoso, di natura colloidale, mediante l'aggiunta di solfato di ferro, previa alcalinizzazione dell'acqua con carbonato di sodio: il precipitato che si forma (idrossido di ferro) viene disciolto in una soluzione di tartrato potassico: in quest'ultimo soluto si ricerca, con i processi di coltura speciali, il bacillo tifico.

Io ho trovato che questo metodo di arricchimento, salvo poche varianti, si adatta benissimo all'orina per la ricerca del b. tubercolare, sopratutto quando si voglia integrare la dimostrazione microscopica con la prova biologica (colture, inoculazioni).

Si procede a questo modo:

Una quantità più o meno rilevante di orina (100-500-1000 cc.) viene addizionata con soluzione sterile di carbonato sodico al 10 % in ragione di 4 cc. per 1 litro di orina: si aggiunge quindi tanta quantità di soluzione sterile di solfato ferrico al 10 %, agitando accuratamente, fino ad aversi un'abbondante precipitazione (ordinariamente bastano 10-15 cc. per litro) e si centrifuga.

(1) FICKER, *Ueber den Nachweis von Typhusbacillen im Wasser durch Fällung mit Eisensulfat.* Hygien. Rundschau, 1904.

Si raccoglie il precipitato, dopo aver decantato il liquido in provette sterilizzate e si scioglie con quanto basta di una soluzione sterile di tartrato potassico al 25 %. Se rimane del materiale indisciolto (sangue, muco, pus), si tratta come nei processi precedenti, con idrato sodico al 0.5 % a 37° fino a dissoluzione; indi si centrifuga il tutto energicamente per 15-20 minuti.

Il sedimento che si ottiene in ultimo, può essere utilizzato ad una triplice indagine:

a) *Per l'esame microscopico*: si opera nel modo detto innanzi (V. 1° processo);

b) *Per l'inoculazione negli animali*. Abbiamo adottato la tecnica seguente: una buona porzione del sedimento viene stemperata in 1-2 cc. di soluzione fisiologica e inoculata a 2-4 cavie, nel sottocutaneo della regione inguinale; all'atto dell'inoculazione, mercè il sollevamento di una plica cutanea, si opera lo schiacciamento delle glandole linfatiche prossimiori (Bloch).

In questo modo dopo 12-14 giorni si osserva, se il caso è positivo, un notevole ingorgo da parte di tali ghiandole, ed estirpandone qualcuna, si può accertare in essa la presenza di bacilli mediante preparati a striscio. Indizi precoci circa l'esito dell'esperimento si possono anche ottenere sottoponendo le cavie così inoculate alla prova della tubercolina;

c) *Per la prova culturale*. Riguardo a questa abbiamo applicato al sedimento di cui sopra, lo stesso metodo che il Pétrof ha indicato recentemente per ottenere la coltura del b. t. direttamente dall'espettorato (1); metodo di facile esecuzione e che, secondo la riprova fattane dal Limousin nel laboratorio di Calmette all'Istituto Pasteur, dà risultati veramente brillanti (2).

Oltre che per l'espettorato, noi abbiamo potuto accertare che tale metodo si presta benissimo anche per il sedimento orinario, così come in generale sempre che si voglia isolare in coltura pura il b. t. da materiali organici nei quali esso sia commisto con altri batteri.

Il metodo infatti mira essenzialmente:

1° a distruggere per quanto più è possibile i batteri concomitanti mercè trattamento con soluzione forte di Na OH (4 p. 100), avvalendosi della maggiore resistenza di cui è dotato il bacillo di Koch;

2° a fornire poi a quest'ultimo un terreno di nutrizione *elettivo*, a base di uova, estratto di carne e glicerina con aggiunta di una piccola quantità di violetto di genziana.

Per i particolari della tecnica, vedasi la descrizione nei lavori citati.

Il risultato delle colture diventa apprezzabile abbastanza bene dopo 12-14 giorni: solo quando il sedimento è assai povero di bacilli, lo sviluppo si verifica un po' più lentamente.

***

Nelle applicazioni pratiche che abbiamo avuto l'opportunità di fare in questo Istituto, con i vari processi di arricchimento sopra descritti, a diversi casi di diagnosi sospetta o dubbia di tubercolosi renale, i risultati sono stati sempre oltremodo soddisfacenti, sia per l'evidenza e sicurezza dei reperti microscopici ottenuti, sia per la completa rispondenza fra questi e l'esito della cultura e della prova sull'animale.

Ma, perchè si abbia un criterio circa il valore dimostrativo dei processi anzidetti, o isolatamente considerati, o paragonati fra loro, ho creduto utile di sottoporli tutti egualmente ad un saggio sperimentale, nel quale, come termini di raffronto, vennero compresi altresì il processo ordinario della centrifugazione semplice, e quello innanzi citato del Citron (filtrazione dell'orina prima, e poi centrifugazione del residuo ultimo della filtrazione).

A tale scopo ho ripetuto due volte, con due diversi stipiti bacillari, la seguente esperienza: Si prepara accuratamente una tenue emulsione di bacilli tubercolari, stemperando un po' di patina culturale con soluzione fisiologica Na Cl, si filtra a traverso carta, e si esamina il filtrato al microscopio.

L'emulsione risponde bene quando nel filtrato si osservano da 6 ad 8 bacilli in media per ogni campo microscopico, ben separati fra loro.

Questa emulsione viene mescolata intimamente, nella proporzione dell'1:100 con un litro di orina normale; da questa poi si prelevano i campioni da sottoporre ai diversi trattamenti, in ragione di 100 cc. per ciascun processo.

I risultati delle due esperienze sono riusciti abbastanza concordanti fra loro, e per quanto riguarda il reperto microscopico, i valori medi sono elencati nella tabella seguente:

Dalla tabella seguente risulta come i metodi d'arricchimento da noi indicati si appalesano superiori di gran lunga alla centrifugazione semplice dell'orina e anche al metodo recente di Citron: essi dànno un rendimento tale da far presumere che la totalità o quasi de' bacilli

---

(1) PÉTROF. *Johns Hopkins Hospital* Bulletin, 1915.

(2) LIMOUSIN, *L'isolament des bacilles de Koch à partir des crachats tuberculeux d'après la métode de Pétroff*. Ann. de l'Inst. Pasteur, 1921, n. 8.

esistenti nell'orina, debba esser messa in evidenza. Tra i medesimi il primo, consistente nell'aggiunta di albumina e successiva coagulazione col calore, che è anche il più semplice, merita di essere preferito per l'esame microscopico.

Processi impiegati	Numero dei campi microscopici osservati	Totale dei bacilli enumerati	Media dei bacilli per ogni campo microscop.
Orina senza alcun trattamento.	50	4	0.08
Orina semplicemente centrifugata	50	31	0.6
Filtrazione dell'orina e centrifugazione del residuo ultimo rimasto sul filtro (Citron) . .	50	71	1.4
Aggiunta di albumina e successiva precipitazione al calore; dissoluz. del precipitato con potassa e centrifugazione . .	50	1458	29.2
Aggiunta di albumina e precipitazione col ferrocianuro potassico. Il resto c. s.	50	1122	22.4
Aggiunta di albumina e precipitazione col reattivo di Esbach. Il resto c. s.	50	973	19.4
Metodo di Ficker (indicato per per la ricerca del bacillo del tifo nelle acque)	50	756	15.1

Quanto alle prove biologiche, queste sono state eseguite con gli altri processi, dai quali è escluso l'impiego del calore. L'esito tanto delle colture che delle inoculazioni, si è dimostrato positivo per tutti e tre i processi; però i migliori risultati (quanto al numero degl'innesti culturali riusciti positivi, e all'esito degli esperimenti nelle cavie), si ottennero col metodo di Ficker applicato all'orina.

***

Naturalmente non occorre sempre, nè è sempre possibile nella pratica, massime quando le esigenze cliniche impongono l'urgenza di un responso immediato, il ricorrere alle prove biologiche, le quali richiedono *almeno due settimane di tempo*: i metodi di arricchimento, del resto, mirano appunto a diradare il più che sia possibile tale necessità. Ma poichè con metodi tanto sensibili una possibilità di dubbio può esser data soltanto, nei casi positivi, dalla difficoltà di differenziare al microscopico il vero bacillo tubercolare dalle forme similari acido-resistenti, non rare a riscontrarsi lungo le vie orinarie esterne, noi crediamo che si possano adottare in proposito i criteri seguenti:

1° Quando all'esame microscopico si osservano *numerose forme bacillari*, che presentano il carattere dell'acidoresistenza e le altre note più comuni del bac. di Koch, ciò basta per eliminare ogni dubbio che si possa trattare di un inquinamento accidentale dell'orina con bacilli acidoresistenti banali: la diagnosi batteriologica va fatta senz'altro in senso affermativo;

2° Quando i bacilli di Koch; non ostante l'arricchimento, appariscono al microscopio *in numero sparuto* (solo in qualche preparato su molti, e solo in qualche campo microscopico sopra un gran numero di campi osservati), bisogna distinguere: Se l'orina è stata prelevata *mediante cateterizzazione con manovra asettica e previa un'assicurata asepsi delle vie orinarie esterne*, anche in questo caso il responso può essere immediatamente affermativo;

3° Se invece *la rarità del reperto microscopico va unita alla mancanza di cautele speciali nella raccolta dell'orina*, in tal caso s'impone, per la sicurezza della diagnosi, la necessità di controllare ed integrare il risultato dello esame microscopico con l'indagine biologica, potendosi soltanto mediante la coltura e l'esperimento nell'animale accertare la specificità o meno del germe in questione.

CONCLUSIONI.

Da quanto è stato esposto, si può concludere:

1° che il principio di sottoporre l'orina ad un processo di precipitazione meccanica, mediante sostanze di natura colloidale, con successiva dissoluzione del precipitato e centrifugazione fino ad ottenere un piccolo sedimento per l'esame, risponde ottimamente allo scopo di porre in evidenza anche minime quantità di bacilli tubercolari, non facilmente rilevabili con altri processi;

2° che per la sola dimostrazione microscopica dei bacilli, basta attenersi di preferenza al processo dell'aggiunta di albumina liquida, e della consecutiva rapida coagulazione al calore, dissoluzione del precipitato con idrato sodico e centrifugazione;

3° che inoltre, quando si renda necessaria anche la prova biologica (colture, inoculazioni negli animali), si prestano bene gli altri tre processi descritti e preferibilmente, pare, il processo indicato da Ficker per la ricerca del bacillo del tifo nelle acque, opportunamente modificato;

4° che in fine, per quanto riguarda specialmente la *coltura*, è facile ottenerla applicando al sedimento il metodo ideato da Pétroff per l'espettorato tubercolare.

Palermo, gennaio 1922.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. M. DELLA CONSOLAZIONE DI ROMA
XI Reparto diretto dal prof. MUZII.

Contributo alla chirurgia del grosso intestino.

Dott. SEBASTIANO GRASSO, degli Ospedali riuniti.

Siccome le lesioni dell'intestino e specie del grosso intestino, costituiscono uno dei capitoli più importanti della patologia chirurgica e della chirurgia operativa, e siccome la discussione su tale argomento è sempre viva e la casistica varia ed interessante, come è stato dimostrato nel XXVII Congresso della Società Italiana di Chirurgia, con le due interessanti relazioni del Giordano di Venezia « Chirurgia del cieco » e del Mattoli di Chieti « La Chirurgia del colon » e dalle varie pubblicazioni sui feriti addominali della recente guerra; così ho creduto opportuno portare a questo capitolo un piccolo contributo clinico con due casi: uno di lesione acuta del colon ed uno di lesione acuta del cieco occorsimi nell'ospedale di S. Maria della Consolazione durante il servizio di aiuto-chirurgo incaricato.

Non ricorrerò a trascrivere ricordi anatomici e fisio-patologici, ma riporterò direttamente la descrizione dei due casi quale risulta dalle schede nosologiche degli infermi e che giudico di qualche importanza anche per la non eccessiva frequenza.

I CASO.

II Reparto. Scheda n. 264 - 3 marzo 1920.

Di P. A. di Roma, appaltatore, di anni 24. Viene accolto d'urgenza perchè ferito d'arma da fuoco da caccia, all'ipocondrio e regione mammaria di sin.

Il paziente dichiara di essersi colpito casualmente a bruciapelo mentre sollevava il fucile (doppietta) carico a pallini di piombo per caccia n. 11. Ad un primo esame sommario si riscontra un largo forame di entrata dell'ampiezza di una moneta di dieci centesimi di conio antico, a margini irregolari ustionati con un alone concentrico di pigmentazione scura diradantesi verso la periferia con diametro di cm. 4 circa, sul forame si trovano dei piccoli grumi di sangue e dal centro geme continuamente del sangue bluastro. Il forame si trova all'altezza dell'ottava e settima costola di sinistra tra l'ascellare anteriore e la parasternale più vicino a quest'ultima linea.

Lateralmente tra l'ascellare posteriore e l'anteriore alla altezza della VI costola di sinistra si riscontra un'altra a piccola lesione rotondeggiante dell'ampiezza di una lenticchia a margini frastagliati e con alone ecchimotico concentrico con diametro di cm. 2; anche da questa ferita geme discreta quantità di sangue.

Tumefatte ed ecchimotiche si riscontrano le regioni ipocondriaca sinistra, mammaria e tutto il tratto compreso tra la parasternale e l'ascellare posteriore di sin. Lieve enfisema di tutta la regione.

Il p. è cosciente, ma presenta respirazione frequente superficiale a tipo prevalentemente costale e con espansione maggiore dell'emitorace destro; polso piccolo e frequente, lingua piuttosto asciutta.

Con rari colpi di tosse emette sputi sanguinolenti.

Addome meteorico con difesa all'epigastrio ed all'ipocondrio sin. Trasportato all'ospedale si opera d'urgenza ed un'ora circa dopo il trauma.

Si pratica prima dell'operazione ipodermoclisi di gr. 300.

Operazione.

Cloroetero narcosi normale, incisione a T con taglio orizzontale che unisce le due ferite e taglio verticale che partendo dalla ferita anteriore va in alto sino al IV spazio intercostale ed in basso all'ipocondrio, risultandone così una larga breccia a lembo superiore interno ed inferiore esterno. Si rimuovono le cartilagini costali della VIII, VII e VI costola spappolate in piccoli frammenti e siccome la ferita si approfonda al disotto della V costola si reseca la cartilagine e tre centrimetri circa di costola.

La lesione si spinge nel mediastino nel sacco pleurico di sinistra e nella cavità addominale con lesione del diaframma e del peritoneo. Si resecano tutti i tessuti mortificati e contusi, si asportano i corpi estranei (tessuti, pallini di piombo), si pratica l'emostasi, si deterge la ferita con tamponi sterili e si applicano degli zaffi di garza sterile; uno che va al sacco pleurico, uno nel mediastino ed uno nell'ipocondrio che va all'angolo pleurico del colon, si sutura con punti staccati in catgut il diaframma. L'angolo splenico del colon non presenta alcuna lesione visibile, tranne una ecchimosi sottosierosa che si spinge per cm. 3 circa sul colon trasverso faccia anteriore e sulla faccia anteriore del colon discendente; nessun organo addominale apparentemente leso.

Sutura parziale del peritoneo con punti staccati in *catgut*. I lembi cutaneo-muscolari si accostano con punti di sutura in seta a tutto spessore facendo emergere dagli angoli i drenaggi di garza.

Decorso post-operatorio, locale normale. La difesa ed il dolore che si ha nelle 48 ore diminuisce fino a scomparire in V giornata, però si ha pulmonite sinistra e pericardite che aggravano il decorso per circa 25 giorni, ma che si risolvono per lisi. In VII giornata si cambiano i drenaggi togliendo parzialmente i punti di seta; il p. che ha avuto due defecazioni finora, viene purgato. Però dopo circa due ore dalla purga mi si avverte che il p. cercando di defecare ha avvertito uno trappo al tratto di ferita ipocondriaca e da questa son venute abbondanti feci.

Visitato il paziente trovo lo zaffo peritoneale fuori della ferita e stabiliti due ani contro natura a distanza circa tre cm. uno dall'altro.

Da tale data il paziente ha continuato a defecare dalle fistole restando completamente

inattive le vie naturali, tranne dei fastidiosi e dolorosi premiti.

Sopravviene, dopo, un'erisipela che si estende all'emitorace ed all'arto sup. sinistro e poi migrante si prolunga per circa quarantacinque giorni.

Viene dimesso il 10 maggio residuando all'ipocondrio sin. le due fistole stercoracee separate da un ponte di tessuto di cicatrice di circa tre centimetri di larghezza seguitando il paziente a defecare completamente dagli ani colici restando sempre inattive le vie naturali anche dopo forti purghe. L'acqua di lavaggio praticato con catetere di gomma su una delle due fistole viene subito eliminata dall'altra fistola.

I lavaggi del retto con sonda rettale lunga e molle danno esito all'acqua appena sporca, in maggior parte dalla fistola più bassa e laterale.

Ho voluto decrivere l'accidente ed il primo intervento perchè vengono a chiarire quanto esporrò appresso. Ho parlato finora di ani contro natura e fistole stercoracee indifferentemente, ma per differenziare proprio anche se appresso userò la parola fistola si tratta nel mio caso di vero e proprio, ano contro natura.

Siccome lo stato generale del paziente dal lato specialmente psichico si aggrava e così anche localmente vi è un notevole prolasso di mucosa, si interviene con un atto intraperitoneale indiretto.

Si scartano i metodi di riduzione locale estraperitoneali compreso quello più semplice e più pratico del Biondi, come anche quelli intraperitoneali locali per lo speciale stato dei tessuti per buon tratto attorno agli ani, perchè spesso tentato da altri inutilmente con sfiducia del paziente e per non essere costretti a rimuovere provvidenziali aderenze, che in gran numero e forti sicuramente si andrebbero localmente e peritonealmente ad incontrare.

Stabilito di praticare entero-entero-anastomosi con esclusione, in primo tempo e chiusura della fistola in secondo tempo, intervengo.

Preparazione del paziente tre giorni prima della operazione con purghe e lavande.

Un'ora prima dell'atto operativo si pratica una ipodermoclisi di cmc. 300 di sol. fisiologica. Si chiudono gli orifizi fistolari con guttaperga laminata e collodion.

Mi assiste il prof. Antonino Giglio aiuto-chirurgo al I reparto.

Cloro etero narcosi normale.

Laparotomia laterale sinistra sopra e sottombelicale (con riserva di mutare con altre incisioni laterali il taglio qualora fosse insufficiente, sebbene poi è bastato a tutte le manovre per l'atto operativo completo senza dover ricorrere ad altre vaste incisioni). Forti aderenze fibrose al diaframma, alla parete addominale, allo stomaco non fanno individuare l'angolo colico splenico nè si può arrivare a palpar la milza. Si può stabilire che le fistole interessino l'angolo splenico del colon.

Legature a piccoli tratti del mesocolon, resezione del colon trasverso tra i due terzi di destra ed il terzo di sinistra. Si affonda il moncone di sinistra con tre piani di sutura in seta e si sovrappone un cappuccio di mesocolon fissandolo con punti in seta, si mobilizza il moncone di destra e si porta sulla parte più alta del sigma in parte mobilizzato scartando per l'anastomosi il colon discendente sepolto da aderenze fibrose.

Colon sigmoidostomia termino laterale innestando il colon trasverso sulla porzione più alta del sigma e sulla tenia del Valsalva perchè più resistente la parete colla muscolare più robusta. Si praticano due piani di sutura continui alla Paresi uno in catgut siero muscolare mucoso ed uno siero sieroso in seta, ed un terzo piano a punti staccati in seta siero-sieroso. Residua una breccia anastomotica di circa cm. sei; attorno alla sutura sui due monconi si fissa con sei punti in seta un lembo di epiploon a manicotto.

Si deterge il campo con garza sterile e si lava con etere. Si toccano leggermente con tintura di iodio al 5 % i margini della ferita operatoria addominale e si passa alla sutura completa della parete con quattro piani di sutura; 3 profondi peritoneo, muscolari, aponevrosi in *catgut*, e cute in seta e Michels.

Decorso post-operatorio normale, in prima e seconda giornata si praticano ipodermoclisi gr. 300 per giorno e 1/2 centigr. di morfina ogni 12 ore e dieta idrica, in terza giornata si comincia a somministrare latte e ristori, in quinta giornata si tolgono le Michels (ferita collabita), in ottava si tolgono i punti (guarigione per prima); si toglie la med. di guttaperca e collodion rimasta in sito dopo l'operazione e si trova appena sporca di muco e feci. In quinta giornata il paziente ha avuto una lieve scarica per le vie naturali. In decima giornata si purga (olio di ricino gr. 30) con esito favorevole per le vie naturali e senza alcun disturbo.

In quindicesima giornata per insistenza del p. si pratica un nuovo intervento per la chiusura dell'ano preter-naturale.

Toilette della regione ipocondriaca sin. con benzina e iodio.

Anestesia locale stovainica 2 %. Incisione circolare concentrica alle fistole del tessuto di cicatrice con dissezione fino alla muscolare della parete intestinale, dissezione della mucosa dalla muscolare. Sutura a margini rovesciati con un primo piano della mucosa, sutura con due piani della muscolare. Escissione del tessuto di cicatrice cutaneo, piano di cute e sottocutaneo con due lembi per scivolamento dalle regioni laterali con sutura longitudinale tagliando in croce la sutura trasversale praticata sull'intestino. Si rinnova la medicatura asettica in settima giornata e si tolgono anche i punti. Si trova appena alcerato qualche punto di seta cutaneo che cicatrizza in pochi giorni con medicatura asettica. Il paziente viene dimesso guarito completamente il 6 ottobre, defecazioni normali con feci composte normali, vitto comune.

Ho seguito fino ad oggi (un anno dall'ultimo atto operativo) il paziente, visitandolo più volte al mese privatamente e non ho mai riscontrato alcun disturbo; si è ingrassato dalla dimissione dall'ospedale in modo da essere aumentato dieci chili di peso.

II CASO.

Scheda n. 1128 (I Reparto), 14 dicembre 1918.

A. F., anni 16, giornalaio (Castellammare del Golfo). Ferito in rissa da arma da punta e taglio alla fossa iliaca destra.

Il ferito viene trasportato in ospedale un'ora dopo circa dalla riportata ferita.

Polso buono. Lingua umida. Addome teso meteorico con discreta difesa. Ottusità alla percussione a tutta la fossa iliaca destra, timpanismo nel resto. Dolore spontaneo all'epigastrio, discreta dolorabilità su tutto l'addome alla palpazione. Qualche conato di vomito. La ferita si trova ad un cm. dal margine esterno del retto di destra e tre dita trasverse al disotto dall'ombelicale trasversa di cm. due di lunghezza in senso longitudinale; fuoriesce omento (4 cm. circa), e si percepisce dalla ferita odore fecaloide.

Si opera d'urgenza; mi assiste il dott. Becciani. Rachistovainoanestesia positiva (gr. 0.06 sol. 4 %). Laparotomia pararettale prolungando di otto centimetri la ferita sopra l'ombellico per un terzo e per due terzi sotto; resezione dei margini della ferita e dell'omento prolassato. *Toilette* della fossa ilica destra dal sangue e feci. Si riscontrano due ferite: una sul lato esterno ed anteriore del cieco di un centimetro, ed una di circa la metà sul lato mediale e posteriore, quasi sullo stesso piano orizzontale a due dita dalla base con prolasso della mucosa. Sutura a tre piani in sito con invaginamento dei margini. Detersione con iodio. Manicotto di omento attorno al cieco fissato alla base con punti di seta. Nuova *toilette* della fossa iliaca con tamponi sterili, lavaggio con etere, sutura totale della parete con tre piani, due profondi in *catgut*, cute con seta e Michels. Ipodermoclisi gr. 300, sonda rettale, borsa di ghiaccio sull'addome.

Decorso post-operatorio normale. In quarta giornata sparito il meteorismo si sospende la sonda ed il ghiaccio. Dieta liquida. In quinta giornata si tolgono le Michels (ferita bene). In ottava giornata si tolgono i punti (guarigione per prima); purga (gr. 30 olio di ricino) con effetto normale senza alcun disturbo. In sedicesima giornata si dimette il paziente completamente guarito.

Si rivede ambulatoriamente il paziente dopo qualche mese dall'intervento; nessun disturbo, defecazioni regolari.

Dai due suesposti casi si deduce come spesso vi siano delle lesioni non apprezzabili subito che si manifestano tardivamente con grave danno se il chirurgo non ha previsto e provveduto lasciando in sito drenaggi che possono essere tolti dopo qualche giorno senza danno ma che possono riparare gravi conseguenze:

Come la grande setticità del contenuto del grasso intestino è compensata in certo modo dalla densità delle materie contenute e dalla lentezza dei movimenti che non ne favoriscono il grande versamento con facile espansione;

Che la fissità del colon ai lati ed agli angoli favorisce la formazione di barriere, di aderenze che difendono la grande cavità sierosa addominale, mentre il contenuto si fa strada attraverso le vie preternaturali aperte dai traumi;

Che la cura delle ferite del colon non è differente dalla cura delle ferite intestinali in genere e la cura, potendo, deve essere conservativa;

Che se si confida pienamente nelle suture e si è allontanato con detersione secca tutto il materiale settico, lavata la sierosa con etere, quando l'emostasi è completa, resecati i margini della ferita si può chiudere completamente il ventre senza drenaggio;

Che le anastomosi, sia termino-laterali che latero-laterali, è conveniente farle sulle tenie del Valsalva dove la tunica muscolare è più spessa e robusta, perchè oltre alle fibre circolari si trovano delle fibre longitudinali; che essendo il colon ricco di appendici epiploiche, qualora non si potessero utilizzare e per il loro sviluppo dessero impiccio all'atto operatorio per le suture, se ne può asportare qualcuna previa legatura e dopo esser sicuri non contengano diverticoli mucosi; che è buona pratica fare attorno alle suture delle plastiche di omento a cappuccio o manicotto, fissando con punti di sutura per la difesa che può opporre colle sue aderenze e per il gran potere difensivo comune a tutta la sierosa peritoneale, alla possibile filtrazione di germi, e fissare con punti di sutura acciocchè aderisca nei determinati punti voluti e non formi in appresso delle briglie che possono portare ad inginocchiamenti o strozzamenti; che non si può scegliere un intervento tipo, ma adattarsi, caso per caso, alle esigenze tecniche.

BIBLIOGRAFIA.

H. BEAUNIS ed A. BOUCHARD. *Trattato di anatomia descrittiva.* Vallardi, Milano.

P. TILLOUX. *Trattato di anatomia topografica.* Vallardi, Milano.

F. LEJARS. *Chirurgie d'urgence.* Masson, Paris.

BERGMANN. *Trattato di chirurgia pratica.* Volume III: Chirurgia dell'addome. S. E. Libraria, Milano.

D. GIORDANO. *Chirurgia del ceco.* Relazione presentata al XXVII Congresso della S. I. di Chirurgia.

A. MATTOLI. *La chirurgia del colon.* Relazione presentata al XXVII Congresso della Società It. di Chirurgia.

O. MADELUNG. *Anatomia e chirurgia dell'angolo sinistro del colon.* Archiv f. Klin. Chir., 1916.

MYCH. *Sulla utilizzazione di lembi epiploici liberi o peduncolati nella resezione in un tempo dell'intestino crasso.* Chirurgia, volume XXXI, 1912.

G. EGIDI. *Ani artificiali e fistole stercoracee.* La Clinica Chirurgica, 1919, nn. 2, 3, 4.

SOLIERI. *Trattamento delle fistole stercoracee e degli ani contro natura.* Clinica Chirurgica, 1908, n. 2.

TITONE. *Nuovo processo operativo per la cura delle fistole intestinali ed ano contro natura.* Comunicazione alla riunione dei Medici Ospedalieri di Palermo 4 luglio 1909. La Clinica Chirurgica, 1910, pag. 199.

NANNOTTI. *Ricerche sperimentali nelle esclusioni complete ed incomplete del colon.* Arch. ed Atti della S. I. di Chirurgia, 1901.

N.B. — Sento il dovere di porgere un ringraziamento al prof. Muzii, primario del reparto, che mi fu largo di consigli ed ammaestramenti, come sempre, nel trattamento del primo caso riportato.

Roma, 12 ottobre 1921.

NOTE E CONTRIBUTI

Sulla immunità influenzale.

Dott. DONATO CASIERE.

Quando ancora la gravissima pandemia influenzale del 1918 era nel pieno sviluppo, e, mentre i migliori trattati di Patologia e di Igiene sancivano, in modo quasi assiomatico, che l'influenza, lungi dal conferire immunità, rende più predisposti alle reinfezioni, moltissimi osservatori, un po' timidamente prima, con maggiore sicurezza poi, incominciarono, basandosi esclusivamente sui dati della loro quotidiana esperienza, a sostenere che l'influenza conferisce invece una vera e propria immunità a coloro che l'hanno superata.

Queste osservazioni furono rese possibili dalla netta divisione che, in molte regioni, si ebbe nel 1918 fra i due periodi epidemici, primaverile ed autunnale. E fu appunto in base ad esse che si volle spiegare la refrattarietà, *quasi specifica*, opposta sopratutto dai vecchi, alla infezione. Se però questa spiegazione, in base al concetto immunitario, apparve seducente e, fino ad un certo punto, possibile, fu pure giustamente ritenuta molto ipotetica tanto più che fra i due periodi epidemici del 1918 era interceduto un periodo di tempo troppo breve mentre fra la pandemia influenzale del 1889-90 e quella del 1918 erano tracorsi ben 28 anni! Quindi se in base alle numerosissime osservazioni fatte il concetto della immunità influenzale si era discretamente affermato, nulla — o quasi — potevasi ancora inferire circa la durata di questa immunità.

Data la grande importanza scientifica e pratica dell'argomento, non appena quest'anno è riapparsa, sebbene in forma molto più mite, la epidemia influenzale nel mio paese, ho voluto, di proposito, fare delle accurate e rigorose osservazioni al riguardo.

L'epidemia è riapparsa qui, a Volturino (Foggia) — paese fra i più duramente colpiti dall'epidemia del 1918 — ai primi dello scorso mese di gennaio e, in pochi giorni, si è rapidamente diffusa senza però dar luogo, se non eccezionalmente, a gravi complicanze.

Vigendo (purtroppo!) qui ancora il sistema degli abbonamenti annui fra medici e clienti, e, ricorrendo questi, per ogni più piccola sofferenza, all'opera del medico, nessuno, o quasi, dei colpiti, sfugge all'osservazione ed è quindi possibile, in tempi di epidemia specialmente, procedere ad una statistica abbastanza rigorosa.

Ora, dai dati da me scrupolosamente raccolti finora (attualmente l'epidemia va sensibilmente diminuendo di intensità), risulta, in modo assolutamente incontestabile, che, su 320 colpiti dall'attuale epidemia, il 92% non aveva contratta la malattia nel 1918 e l'8 % l'aveva contratta in forma *assai lieve*. In questi ultimi la malattia ha avuto un decorso brevissimo ed una rapidissima convalescenza oppure si è manifestata in forma ambulatoria. Fra quelli che, come me, nel 1918 contrassero l'influenza in forma grave, nessuno si è reinfettato.

Se ora si consideri, da una parte, la grande diffusibilità della malattia e dall'altra, si tenga presente in quali deplorevoli condizioni igieniche si viva nei piccoli paesi, quanto vi siano facili e frequenti le cause di contagio e quanto siano considerevoli quest'anno le variazioni atmosferiche, a causa delle quali, si hanno sbalzi di temperatura quasi istantanea nella stessa giornata, bisogna necessariamente convenire che, in un ambiente ove tutto è predisposto a contrarre l'infezione, quelli che ne sono risparmiati, pur esponendovisi continuamente, per ragioni di assistenza familiare, o, come me, per ragioni professionali, devono questa loro immunità a quella e *solamente a quella* che in loro si è stabilita dopo avere superato la malattia precedentemente.

Resterebbe quindi, secondo le mie osservazioni, confermato che realmente l'influenza conferisce *sicura* immunità e che inoltre questa immunità ha una durata *abbastanza lunga*, più o meno, a seconda della gravità dell'infezione superata e non inferiore in ogni modo a tre anni. Dico fino a tre anni perchè il controllo fatto non va oltre questo limite di tempo; si dovrebbe però, dopo questa constatazione, considerare come assai meno ipotetica e quindi più conforme al vero, la spiegazione data, come sopra è detto, alla refrattarietà opposta in modo speciale dai vecchi alla infezione, basandosi sul concetto immunitario.

Spero intanto che altri osservatori vogliano portare presto il loro contributo all'importan-

te argomento avvalorando maggiormente le mie con le loro osservazioni e che quindi il problema della immunità influenzale possa essere definitivamente risolto.

Volturino (Foggia), 16 febbraio 1922.

MEDICINA SOCIALE.

Su la profilassi della vulvo-vaginite nelle bambine.

Dott. GIUSEPPE MASSIMI.

Col nome di vulvo-vaginite delle bambine viene definita una malattia clinicamente precisa, piuttosto frequente e molto ostinata. La malattia ha spesso un decorso subacuto quasi subdolo ed allora dai medici e dai profani viene poco considerata mentre per le sue conseguenze merita la maggiore importanza.

Circa la natura batteriologica delle vulvo-vaginiti nelle bambine, si sa che in prevalenza sono dovute al gonococco e che solo per una piccola percentuale vi concorrono stafilococchi, streptococchi, pneumococchi. Col prolungarsi della malattia si hanno associazioni microbiche con i bacilli più comuni.

In questa malattia l'apparecchio genitale delle bambine viene più o meno danneggiato secondo che il processo infettivo si diffonda più o meno in alto. L'infezione per lo più si limita alla vulva e alla vagina; a volte invade l'endometrio; più di rado si diffonde alle trombe. Complicanza frequente è la diffusione dell'infezione alle vie urinarie, tanto che tali infezioni nelle bambine sono molto più frequenti che nei maschi (9 femmine per un maschio).

Sulle cause di diffusione, a parte i rari casi di stupro, in confronto al grande numero di vulviti purulente che si hanno, poco viene scritto e meno ricordato. Vigono ancora idee antiche, tanto che alcuni medici interpretano ancora queste flogosi locali come l'espressione di uno stato linfatico, scambiando così un effetto per la causa. Non è perciò inutile indicare il modo di diffusione più comune, perchè giovano meglio poche misure di profilassi che le più assidue cure.

Il mezzo più comune per la diffusione di questa malattia è il contagio famigliare. Per la cattiva abitudine di far dormire le bambine insieme alla mamma o alle sorelle o ad altre donne che abbiano catarro vaginale si ha facile contagio della malattia. Nei letti si raccolgono facilmente detriti di biancheria, squame cutanee, peli, che arrivano facilmente nei genitali femminili costituendo breve e facile tramite ai germi infettanti. E nonostante tali pericoli noi vediamo considerata come innocua e generalmente diffusa l'abitudine di tenere le bambine negli stessi letti della madre o di altra donna.

E non di rado i medici chiamati per tali casi, invece di istruire le famiglie sull'origine del contagio, si contentano di prescrivere qualche ricostituente per curare il presunto linfatismo della piccola malata, e trascurano di suggerire le più elementari misure di profilassi. Nei libri e nei giornali di medicina sono ricordati vari mezzi di diffusione della malattia, come vasi da urina, biancherie, vasche da bagno usate in comune, e s'insiste poco sulla causa più comune, quella cioè del dormire nello stesso letto con persona infetta. Conviene quindi divulgare il principio che per il semplice fatto di accogliere una bambina nello stesso letto della madre che abbia una vaginite blenorragica o no, anche latente, può derivare a detta bambina, non solo un'infezione delle vie urinarie, ma pure una malattia lunga e fastidiosa degli organi genitali, seguita per lo più da tali alterazioni dell'apparecchio, da indurre poi mestruazioni dolorose ed a volte anche sterilità permanente.

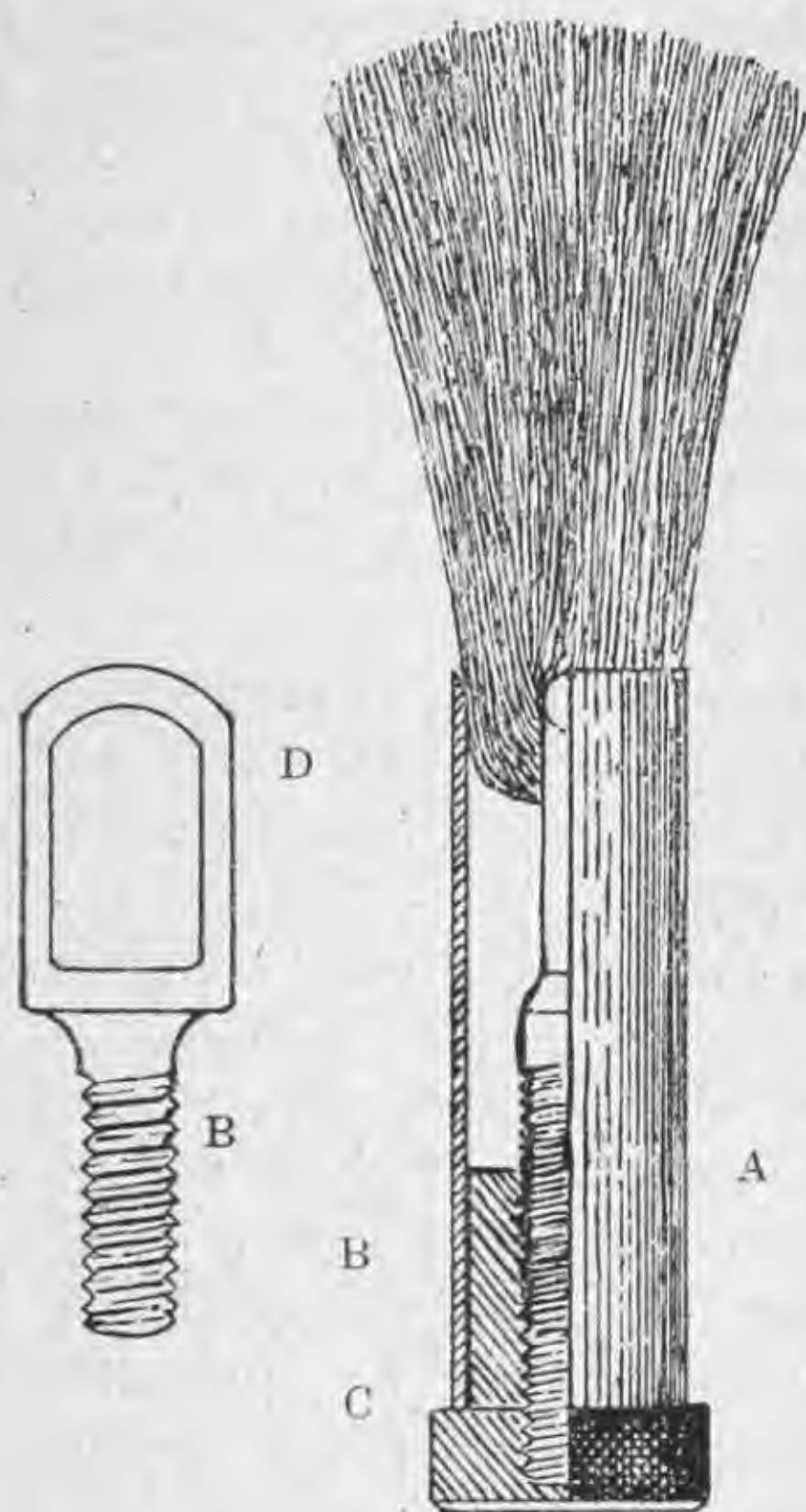
Per concludere: data la grande frequenza delle infezioni delle vie genitali e delle vie urinarie delle bambine, seguite di solito da prolungate sofferenze e perfino da sterilità permanente, è opportuno che vengano diffuse le norme di profilassi, fra le quali la più importante è quella di non tenere mai a dormire le bambine nello stesso letto della mamma, delle sorelle e delle nutrici.

Roma, febbraio 1922.

IGIENE.

Nuovo modello di pennello igienico per barba.

Gli igienisti in genere e in particolar modo alcuni ufficiali sanitari dei maggiori centri urbani e i direttori di ospedale si sono spesso con molta diligenza occupati dell'igiene nel servizio di barbiere, sia per le botteghe che per gli ammalati nosocomiali. Una piccola questione però è sempre rimasta pressochè insoluta ed è quella della disinfezione del pennello per la barba. Infatti i vari procedimenti chimici non offrono sufficiente garanzia o, se sono efficaci, guastano troppo presto l'oggetto e d'altra parte il calore lo rovina essendo le setole tenute assieme da paste o mastici alterabili. Il prof. Ronzani, direttore dell'Ospedale di Milano, nella sua *cassetta ospitaliera*,

veramente bene ideata e molto razionale, ove è curata tutta la profilassi del servizio, ha attuato un sistema radicale e cioè la soppressione completa del pennello sostituendolo con una pompetta spruzzatrice di soluzione saponosa la quale rimane aderente al viso e permette di fare la barba agli ammalati senza necessità di altro sussidio. Io ho provato il metodo, ma non sono riuscito a persuadere nè barbieri nè ammalati a persistere, perchè le pompette si occludevano spesso, perchè i rasoi, quando la schiuma sia scarsa, servono male, specie con barbe dure, ecc., ecc. Questi inconvenienti in parte sono esagerati, ma in parte sono veri, cosicchè temo che il sistema non possa entrare nell'uso comune, ed è un peccato, data la razionalità igienica del dispositivo. Ho cercato di sostituire alle setole il truciolo di carta, fissato fra le branche di un pennello meccanico a manicotto che fa stringere, scorrendo, tre branche uncinate, le quali afferrano un ciuffo del truciolo stesso che va cambiato di volta in volta. Ma anche qui c'è l'inconveniente tecnico della difficoltà di stendere bene la saponata. Col cotone idrofilo è ancor peggio.

D B A B C

Pertanto ho pensato di mantenere il sistema delle setole, che si è sempre dimostrato il più adatto, ma fissandole al pennello in modo da permettere continue bolliture e anche frequenti cambi, ove occorra, senza sostituire il manico che è presso a poco indistruttibile. Il dispositivo fu studiato bene dal sig. Capra, infermiere di questi Ospedali, e nel tempo stesso provetto barbiere. A lui il merito del piccolo, ma utile e razionale ritrovato, che, a mio parere, dovrebbe adottarsi su larga scala.

Come si vede dalla figura il nuovo pennello consiste in un manicotto metallico (A) nel quale entra una vite lunga (B) che s'innesta in una madrevite (C). Spingendo la vite viene tirato in basso l'anello (D), il quale contiene le setole piegate ad U che vengono fermate e fissate man mano più fortemente più che la base dell'U penetra nel manicotto.

In tal modo il pennello è formato.

Naturalmente non occorre ogni volta svitare la vite del manico e sciogliere i peli: per la disinfezione bastano le bolliture, e la pulizia si farà solo di quando in quando non essendovi ragione di sudiciume.

Segnalo il nuovo oggetto ai colleghi perchè credo esso meriti qualche considerazione anche se la modestissima scoperta possa rappresentare il solito uovo di Colombo.

Prof. ARTURO CAMPANI
Direttore Ospedali Civili di Brescia.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Neurosifilide con reperto negativo del liquido rachidiano.

(H. C. SOLOMON. *Journal American Medical Association*, 26 novembre 1921).

È ben noto che si possono avere casi di sifilide cutanea e viscerale con reazione di Wassermann negativa nel sangue. Analogamente si possono avere casi di sifilide o parasifilide del sistema nervoso, nei quali la stessa reazione risulta negativa nel liquido cefalo-rachidiano.

Si ammette generalmente che il reperto del liquor possa essere negativo in affezioni sifilitiche del sistema nervoso soltanto quando in realtà si tratta di processi dipendenti da lesioni vascolari (trombosi, emorragie, aneurismi), e che in tutti gli altri casi di sifilide nervosa il liquor debba dare una reazione di Wassermann positiva.

In effetti però vi sono casi di tabe, di gomme cerebrali, di sifilide cerebrale con paralisi dei nervi cerebrali, di paraplegia spastica sifilitica di Erb, di epilessia sifilitica, di paranoia e di demenza sifilitica nei quali il reperto del liquor è negativo.

Le nostre conoscenze sulle condizioni dei pazienti precedenti alle prime manifestazioni dei processi neuro-sifilitici non sono perfette.

Molte ricerche hanno dimostrato che il sistema nervoso centrale è colpito dal virus sifilitico anche durante il primo periodo della generalizzazione dell'infezione. Non si sa quali modificazioni subisca il sistema nervoso dopo il periodo dell'efflorescenza fino alla definitiva comparsa dei primi sintomi nervosi. Non si sa se il liquor offra durante questo periodo un reperto patologico, o se esso rimanga normale per presentare alterazioni solo con il manifestarsi dei primi sintomi clinici dell'affezione. Si ritiene generalmente che le alterazioni stesse siano antecedenti di parecchi anni la comparsa dei sintomi obiettivi e subiettivi della neurosifilide. Ma è pur vero che sifilitici i quali in primo tempo avevano il liquor normale, più tardi, dopo mesi o anni, presentarono i sintomi della neurosifilide ed infine le tipiche alterazioni del liquor; così che si deve ammettere che anche nei casi nei quali il liquor è normale possono dopo mesi o anni aversi sintomi e reazioni della neurosifilide.

D'altra parte è ben noto che in molti sifilitici, i quali durante il periodo della generalizzazione presentano sintomi nervosi e R. W. positiva nel liquor, si può avere una scomparsa spontanea dei sintomi stessi ed il ritorno al normale del liquor.

Ma, come già si è accennato, oltre che nelle forme vascolari, il reperto nel liquor può rimanere negativo anche nelle forme conclamate di sifilide del sistema nervoso centrale.

Così per quel che riguarda la tabe il liquor può trovarsi normale nei casi incipienti, nei casi abortivi, e nei casi nei quali sia stato praticato un intenso trattamento antiluetico.

La circostanza che nelle forme tabetiche incipienti e dopo un intenso trattamento a base di iniezioni intraspinali o intravenose di arsenobenzoli o di sieri salvarsanizzati il reperto rimane negativo, deve essere tenuta presente perchè malgrado tutto la malattia continua a svilupparsi senza arresto o solo con qualche pausa, ed a distanza di tempo più o meno breve il liquor ripresenta le caratteristiche reazioni citologiche e serologiche.

Nelle così dette forme abortive la persistenza del reperto negativo deve essere interpretata come un indice dell'assenza di un vero processo tabetico. La presenza di sintomi pupillari può essere spiegata come espressione di una lesione bensì sifilitica ma non tabetica del sistema nervoso. E queste forme sono tutt'altro che rare.

Le paralisi dei nervi cranici da sifilide cerebrale sono ordinariamente prodotte da pressioni o costrizioni dei rispettivi tronchi determinate dal processo meningitico. Ora, malgrado la esistenza della meningite, il reperto del liquor può rimanere normale. E ciò si ha quando il focolaio è limitato o quando si ha contemporaneamente un ostacolo al movimento del liquido cefalo-rachidiano per modo che quello della regione lombare non risente le modificazioni avvenute in quello cefalico.

Un'analoga interpretazione può darsi al reperto negativo in casi di gomma cerebrale.

Anche nelle forme di epilessia sifilitica, da non confondersi con gli attacchi epilettiformi della paralisi progressiva, e che, come è noto, guariscono col trattamento specifico, il liquor può rimanere normale.

La paraplegia spastica sifilitica di Erb, benchè più rara, ha probabilmente una patogenesi analoga a quella della tabe: invece di essere colpite le vie spinobulbari posteriori, sono colpite le vie corticospinali. Anche in questa forma, ed anche quando siano bene evidenti e chiari i sintomi, il reperto del liquor può essere normale.

Nelle psicosi sifilitiche a tipo non paralitico, come la paranoia, la demenza ed altre forme mentali sifilitiche, il liquor rimane normale. Come è noto, la relazione tra sifilide e queste psicosi non è netta e non è da tutti ammessa. Tuttavia in analogia a quanto si è precedentemente accennato, la normalità del liquor non può essere invocata per escludere tale relazione.

In contrasto con i casi precedenti, nei quali sindromi neurosifilitiche si accompagnano a liquor normale, si hanno casi nei quali malgrado l'assenza di ogni sintomo di lesione del sistema nervoso centrale il liquor presenta reazioni nettamente luetiche.

Nonne, discutendo le relazioni tra neurosifilide e reperto del liquor, giunge alla conclusione che si possono avere i seguenti casi:

1. Il liquor è fin da principio normale. Egli chiama queste forme rudimentali.

2. Il liquor da principio patologico diventa normale. Si tratterebbe di forme neurosifilitiche guarite.

3. Il liquor dimostra un miglioramento, ma le reazioni patologiche non sono scomparse del tutto. La malattia sarebbe migliorata.

4. Il liquor presenta sempre le stesse reazioni, ma il quadro clinico è rimasto stazionario.

5. Il liquor presenta sempre le medesime reazioni, ma la malattia è peggiorata.

La casistica dimostrerebbe invece che oltre queste combinazioni indicate da Nonne, ve ne

sarebbero altre, in quanto che può accadere che il processo sifilitico persista attivo anche quando il liquor sia normale e viceversa.

Il parallelismo tra lo stato e il decorso del processo sifilitico del sistema nervoso ed il comportamento del reperto del liquor non è così assoluto come alcuni credono. *Dr.*

Meningite cerebrospinale acuta sifilitica nel periodo iniziale dell' infezione.

(NONNE. *Medizinische Klinik*, 11 dicembre 1921, n. 50).

Se la meningite sifilitica presenta ordinariamente un decorso cronico, sono noti, quantunque rari, casi a decorso acuto. Il liquido cefalo-rachidiano può presentare già nel primo periodo dell'infezione segni di alterazioni di origine luetica delle meningi, e Hoffmann, Dehio e Tanaka, Rosenberg e Gordon, hanno dimostrato la presenza della spirocheta pallida nel liquor nel periodo secondario della sifilide. Hauptmann ha fatto rilevare come il liquido cefalo-rachidiano possa presentare positive tutte le reazioni attestanti l'infezione luetica, anche senza che siano dimostrabili clinicamente focolai luetici nelle varie parti dell'organismo e persino nel sistema nervoso. Pette passando in rassegna numerosi casi occorsi alla sua osservazione in 10 anni, conclude che la metà delle forme di sifilide cerebrale era già comparsa nei primi sei mesi dopo l'infezione.

Casi di meningite sifilitica precoce sono stati pubblicati da Krause, Loeb, Fahr, Staemmler, Wilson e Gray, Ledarte, Jacques Neumann, Graf e Pirilae. Si tratta di meningiti acute insorte tutte da poche settimane a pochi mesi dopo avvenuta l'infezione. Di pochi casi però si conosce il reperto anatomo-patologico, perchè la prognosi è per lo più buona, e con il trattamento specifico si ha ordinariamente la guarigione.

Nonne riporta un caso di meningite sifilitica acuta seguito da autpsia. — Si trattava di un operaio di 48 anni che nell'ottobre 1920 erasi contagiato di lues e nel novembre dello stesso anno era stato accolto in ospedale e sottoposto ad energico trattamento antiluetico ricevendo in tutto 16 iniezioni di Salvarsan e 12 di mercurio. La reazione di Wassermann prima della cura era positiva. Il malato nel febbraio 1921 cominciò ad accusare cefalea intensa e diplopia, e nel maggio 1921, cioè 4 mesi dopo terminata la cura, presentava sonnolenza, dolorabilità diffusa al capo, ptosi della palpebra sinistra, anisocoria, reazione pupillare alla luce torpida, paresi dell'oculomotore sinistro, paresi del setto interno di destra. Neurite ottica. Rigidità della nuca, Kernig netto. Dermografismo accentuato. Gli organi interni erano normali. Non albumina nè zucchero nelle urine. La puntura lombare diede: fase I positiva; Pandy positiva; Weichbrodt positiva. Cellule 4279:3, delle quali 2/3 rappresentate da polinucleati, 1/3 da linfociti. Numerose plasmacellule. La Mastix-reazione diede la curva della lues cerebri; la reazione di Wassermann positiva a 0.40. Le culture in agar negative.

Non ostante venisse iniziata subito cura antiluetica mista di Salvarsan e mercurio, l'ammalato morì in 10ª giornata.

All'autopsia nulla si rilevò a carico dei vari organi. Il sistema nervoso non mostrava macroscopicamente altro che una opacità della pia madre sia del cervello che del midollo.

Microscopicamente non si rinvennero alterazioni a carico della sostanza nervosa (cellule e fibre) sia del cervello, del cervelletto che del midollo, mentre profondamente alterata era tutta la pia madre e tutti i piccoli vasi. Col metodo di Jahnel si constatò la presenza di numerose spirochete sia libere nel tessuto della pia madre, sia nell'avventizia, nella media, nell'intima dei vasi. Alcune spirochete si rinvennero anche nelle lacune linfatiche perivasali.

L'A. fa notare come si trattasse nel caso citato di leptomeningite acuta sifilitica comparsa nel primo periodo dell'infezione ed a decorso rapido. I sintomi meningei non sono caratteristici per la natura luetica, e se per lo più l'anamnesi ed il reperto del liquor portano ordinariamente alla diagnosi di natura, tali elementi non hanno valore assoluto poichè vi sono casi di meningite luetica con Wassermann nel liquor negativa, e d'altra parte individui già luetici possono ammalare di meningite acuta d'altra natura e presentare la Wassermann positiva nel liquor per sangue mescolatosi ad esso. In tali casi anche la reazione delle globuline e la reazione Weichbrodt possono essere positive; rimane soltanto quale reazione con valore specifico la Mastix.

Se la prognosi ordinariamente è buona come in altri 4 casi osservati dall'A., alle volte, come nel caso citato, essa può essere infausta, e ciò nonostante che il soggetto sia stato precedentemente e precocemente sottoposto ad energico trattamento specifico.

L'A. osserva come occorra tenere presente nella diagnosi differenziale la meningite tubercolare, e come alle volte tale diagnosi non sia facile e perchè se il soggetto è luetico può la Wassermann essere positiva e perchè non sem-

pre è possibile la dimostrazione del bacillo di Koch nel sedimento o nel reticolo del liquor.

Le adatte ricerche bacteriologiche rendono facile la distinzione con le altre forme di meningite acuta. TRENTI.

CHIRURGIA.

La diagnosi precoce del carcinoma gastrico.

(STRAUSS. *Berliner klinische Woch.*, n. 11).

Non abbiamo ancora cognizioni sufficienti nè mezzi d'indagine abbastanza fini per fare diagnosi di carcinoma gastrico nei primissimi stadi, quando fare una diagnosi significherebbe realmente curare e guarire. La laparotomia esplorativa comincia a farsi strada nella pratica medica-chirurgica, e introdurla in tutti quei casi nei quali sorge il sospetto di carcinoma dovrebbe essere uno dei postulati della medicina odierna. I risultati del lavoro statistico del dott. Strauss non arrecano nessun contributo nuovo. Sono però il risultato di osservazioni condotte su materiale vasto, e quindi una buona conferma di singoli fatti ancora un po' discussi (specialmente riguardo la presenza di H C l libero e di acido lattico) e che hanno importanza nella diagnosi prematura del carcinoma.

Il medico pratico dimentica spesso che nei primi stadi il carcinoma ha decorso subdolo. I sintomi caratteristici che rendono la diagnosi banale sono l'espressione di uno stadio già molto avanzato, la cachessia cancerigna, il sangue nelle feci, i disturbi funzionali secretori e motori significano anatamo-patologicamente carcinomi ulcerati, gastrite secondaria grave, prodotti di autolisi abbondanti: fare una diagnosi quando l'ammalato è in queste condizioni è perfettamente inutile dal lato pratico della possibilità di curare.

L'esame delle secrezioni gastriche è la guida migliore che il medico pratico oggi possiede per fare una diagnosi almeno relativamente prematura. La diagnosi su base biologica coi sieri di carcinomi polivalenti sono musica dell'avvenire. L'A. esaminò 190 casi di carcinomi gastrici in cui l'atto operativo o l'autopsia confermarono la diagnosi.

Notò un lieve aumento nella frequenza di fronte alle statistiche antecedenti (1 % sul numero complessivo dei ricoverati), confermò la predilezione per il sesso maschile (67,6 %).

Trovò HCl libero presente nel 19 % dei casi, assente nell'81 % (per i casi di scirro gastrico vale la stessa percentuale che per i casi di cancro midollare).

Anche queste cifre confermano dati antecedenti. *La mancanza di acido cloridrico libero assicura una diagnosi probabile di carcinoma, la presenza non la esclude.* La secrezione di H C l può persistere nei casi preceduti da ulcus, può persistere quando il carcinoma assume sviluppo espansivo, persiste spesso nei primi stadi dei carcinomi pilorici. Manca invece sempre già negli stadi iniziali dei carcinomi del fondo o della piccola curvatura.

Riguardo la presenza di acido lattico le osservazioni di Strauss confermano l'opinione di Riegel, che cioè il reperto di acido lattico sia un sintomo d'insufficienza secretoria e motoria e di stasi del cibo nello stomaco. È quindi presente anche in casi di stenosi pilorica e non ha valore patognomonico. Lo S. trovò presenza di acido lattico nel 70 % dei casi. I bacilli di Boas Oppler si sviluppano soltanto se vi è mancanza completa di H C l libero.

Lo S. notò la presenza di sangue nelle feci nel 64 % dei casi, vomito nel 60 %, tumore palpabile nel 60 %. Dati questi che confermano ancora anche per il carcinoma che nessun sintomo è mai costante e che a nessun sintomo si deve attribuire valore patognomonico.

barz.

Un caso di sarcoma gastrico.

(KOETTLITZ. *Archives méd. Belges*).

Il sarcoma dello stomaco rappresenta una neoplasia rara e presenta una sintomatologia non ben netta onde dei 171 casi conosciuti solo uno fu diagnosticato in vita dal Westphalen con l'esame delle materie vomitate.

Lecène e Petit distinguono tali tumori in due classi a seconda del loro sviluppo esogastrico od endogastrico: questi somigliano al cancro epiteliale, quelli sono in generale peduncolati.

Si tratta in genere di miosarcomi, di sarcomi fusicellulari, fibrosarcomi, mixo- e angiosarcomi nelle forme circoscritte, di globocellulari e linfosarcomi nelle forme infiltranti

Le metastasi sono piuttosto rare: la sede più frequente è al piloro e alla grande curvatura.

Si sviluppa spesso nei giovani ed ha un corso più lento del cancro con anoressia, dolori epigastrici e dimagramento: rare le ematemesi; spesso vomiti. Talora compare come sintoma iniziale la diarrea. Incerti sono i dati del chimismo gastrico. Solo sintoma certo è la presenza del tumore.

L'A. ne descrive un caso in un individuo di 31 anni la cui anamnesi familiare rivela l'ereditarietà del cancro dello stomaco.

Nell'anamnesi personale nulla.

Da un anno e mezzo soffre di dolori vaghi

allo stomaco, dolori accentuatisi da 15 giorni accompagnati da rigurgiti acquosi 1 ora, 1 ora e mezzo dopo i pasti. Alvo regolare.

In due anni è dimagrito di 15 kg.

Alla palpazione dell'addome non si suscita dolore. A sin. a livello dell'ombelico si palpa un tumore che sembra spostarsi a d. allorchè si gonfia lo stomaco.

All'esame gastrico non si constata stasi a digiuno. Evacuazione normale del pasto di prova: non acido lattico nè acido cloridrico libero o combinato. Debole acidità totale.

Viene diagnosticato: achilia gastrica e presenza di un tumore non interessante il piloro.

Accettata l'operazione dal malato dopo circa due mesi: la laparotomia dimostrò che la regione pilorica era occupata da un tumore largo ed appiattito: il piloro è permeabile. La superficie dello stomaco cosparsa di numerosi noduli e così il mesentere; presenza di liquido nell'addome, giallastro inodore, lattescente.

Dopo un mese il p. viene a morte ed alla autopsia: il ventre contiene vari litri di liquido lattescente. Stomaco di dimensioni ridotte.

Il mesentere cosparso di noduli il cui esame aveva rivelato un fibrosarcoma.

Aderenze dello stomaco al fegato ed al pancreas. Il cardia è indenne. La regione prepilorica e specie il fondo erano invase dal tumore.

A proposito di tal caso, l'A. insiste su due particolarità: 1° sull'invasione profonda del pancreas, 2° sull'ascite chiliforme. Per il primo fatto era notevole che in vita nessun fenomeno era sopraggiunto a dare indizio di quest'invasione.

La seconda particolarità è l'ascite chilosa; segnalata in lesioni del peritoneo, del cuore, in cirrosi epatiche o in neoplasie epiteliali dell'addome, è dovuta alla presenza di notevole quantità di grasso ed anche nel caso in esame è da attribuirsi a lesione del dotto toracico.

MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Nouveau Traité de Médecine. Fascicule 3e: *Maladies Infectieuses.* Masson, editore, Parigi, 1921. Prezzo fr. 40.

Del nuovo trattato di medicina che la benemerita casa Masson pubblica sotto la direzione di Roger, Widal e Teissier è comparso il 3° fascicolo, un volume di 556 pagine con 62 figure e quattro tavole a colori, dedicate alle malattie infettive. Widal, Lemierre e Abrami trattano le febbri tifoidi e paratifoidi nella prima parte con larghezza e modernità di vedute, dando armonico svolgimento alla descrizione clinica e alla ricerca di laboratorio, traendo profitto della vecchia esperienza clinica e dei recenti insegnamenti bellici. Il contributo francese, considerevole in questo gruppo di malattie, è messo in chiara evidenza.

Le varie specie di dissenterie (Dopter), il colera (Ruffer e Crendiropulo) il botulismo, la febbre melitense (Sacquepée), la febbre delle trincee (Strong), la grippe (Menetrier e Stevenin), la peste (Sacquepée e Garcin), la febbre gialla (Sodrén) sono le altre malattie infettive che completano il volume.

Capitoli nuovi come la febbre delle trincee, rinnovati, come quello delle dissenterie e della febbre gialla, i nomi degli autori, garanzia di competenza, fanno del libro un prezioso ausilio nelle mani dello studioso e del medico pratico. L'edizione è accurata, la veste tipografica magnifica. *t. p.*

Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. Vol. 2e, partie I: *Appareil respiratoire.* A. Maloine et Fils, ed., Parigi. Prezzo fr. 20.

In questa prima parte del trattato dedicato alle malattie dell'apparato respiratorio, una prefazione di Sergent mette nella vera evidenza l'importanza dello studio dell'apparato respiratorio e il processo logico di una diagnosi, che si propone non solo la sede della lesione, ma la natura e la causa della lesione, per una esatta prognosi, per una terapia razionale.

Heucqueville si occupa con ampia trattazione dell'insufficienza, dell'educazione e rieducazione respiratoria. È questa una iniziativa nuova, nel modo come la materia è intesa, nella larghezza e precisione con cui i mezzi terapeutici sono esposti per il pratico.

Fanno parte ancora di questo volume le malattie del rinofaringe e del laringe (esclusa la difterite) del dottor Bellin, la trattazione delle malattie della trachea e dei bronchi di Fleurin, le malattie acute del polmone per opera di Courcoux e Armand-Delille.

Le malattie croniche del polmone, le malattie pleuriche, le malattie mediastiniche, ecc., saranno trattate nella 2a parte, di cui è annunziata prossima la pubblicazione. *t. p.*

AVVERTENZE.

I quesiti devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente. LA REDAZIONE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica Anconetana.

Presidente: Prof. G. MODENA.

Manifestazioni nervose da elmintiasi.

Dott. GRIFI. — L'O. dopo aver accennato alle manifestazioni nervose da elmintiasi e da altri processi morbosi del tubo gastro-enterico che più comunemente occorre di osservare nella pratica, illustra un caso di un bambino in cui la presenza degli entozooi nell'intestino aveva dato luogo ad una vera *sindrome tetaniforme.*

Riferisce anche sui disturbi psichici da elmintiasi, disturbi che qualche volta possono simulare vere forme mentali.

Discute sull'origine di questi fenomeni nervosi considerandone la natura riflessa o tossica ed espone anche l'ipotesi che possano, almeno nel caso da lui accennato nel quale si notava qualche fenomeno obbiettivo di lesione piramidale, essere in relazione con processi di degenerazione primaria, transitoria delle fibre, quali si osservano spesso anche in malattie infettive ed acute.

Un caso di lipomatosi simmetrica diffusa.

Dott. SALVINI. — Presenta un uomo di 48 anni con lipomi simmetrici di varia grandezza e più o meno nettamente limitati alla nuca, alle regioni mastoidee, sotto-mentoniere, al tronco ed alla radice degli arti.

Tali tumori, comparsi da circa due anni sono rimasti di volume pressochè stazionario, indolenti spontaneamente ed alla pressione.

L'infermo presenta anche sintomi generali quali: astenia, ipotensione, tremori, ipofunzione sessuale, disordini vaso-motori.

L'O. ritiene che il suo caso possa rappresentare una sindrome riferibile ad alterazioni del sistema endocrino-simpatico.

La resezione ileo-cecale - Appendicite.

Dott. CINAGLIA. — La resezione ileo-cecale, intervento di elezione nei neoplasmi, nella tubercolosi, nelle stenosi e fistole intestinali, mi sembra che debba esser riconosciuta legittima in quelle forme gravi ed eccezionali di appendicite cronica semplice pseudoneoplastica, nelle quali l'appendicectomia è impossibile, le lesioni anatomiche, estese al cieco e al tenue, non ci lasciano sicuri che disturbi gravi di questi organi non compaiono in seguito e nelle quali si ha fondata ragione di dubitare sulla natura neoplastica e specifica della malattia.

Ed il fatto che la resezione ileo-cecale permette di richiudere il ventre a strati e di scongiurare così l'ernia consecutiva, conferisce ad essa un altro motivo di giustificazione.

L'isterectomia nella febbre puerperale.

Dott. MARCORELLI. — L'O. in un caso di febbre puerperale di cui narra la storia clinica, non avendo avuto alcun vantaggio dal trattamento comunemente usato, persistendo la febbre caratteristica e mantenendosi lo stato gravissimo per metrite settica, praticò l'isterectomia addominale subtotale e la malata guarì.

Sulla base di ricordi anatomo-patologici e clinici, l'O. afferma che le infezioni puerperali iniziatesi dell'endometrio possono trovar posto nei tre raggruppamenti seguenti:

1) Febbre da assorbimento;
2) Febbre da metrite settica puerperale;
3) Setticemie puerperali.

L'O. consiglia l'isterectomia nelle infezioni del 2° gruppo (febbre puerperale da metrite settica) e crede che l'intervento demolitore debba essere praticato attraverso l'addome e seguito sia pure da trattamento aperto perchè, per le stesse tappe del processo settico rarissimamente l'utero presentasi di dimensioni normali e gli annessi integri, condizioni indispensabili perchè l'isterectomia razionale possa essere ben condotta.

Dei sarcomi ossei centrali degli arti.

Prof. CAUCCI. — Presentazione di un pezzo anatomico: sarcoma centrale juxta-epifisario della tibia di una bambina di 11 anni; frattura patologica, invasione delle parti molli.

Clinicamente il caso presentò un'evoluzione rapida (2 mesi) con i caratteri clinici e radiologici di un'osteomielite subacuta: anatomicamente notevole l'infiltrazione diffusa del neoplasma nella spongiosa, non accrescimento consecutivo.

D'ALESSANDRO, discutendo ed illustrando il caso istologico, in base a tali reperti pone la diagnosi di sarcoma parvifusocellulare a cellule giganti e, come punto d'origine, di un osteosarcoma mielogeno.

Dolori eterotopici prostatici.

Prof. E. MAGNI. — Parla dei punti dolenti disseminati in varie parti del corpo e dei disturbi nervosi di vario genere causati da certe metriti croniche. Il fatto fu messo in evidenza prima da Buth poi da Scrhoder e finalmente da Sneguireff.

Tale sindrome dolorosa si può far scomparire curando l'utero, e dà analogia a quella che incontrasi in certe forme infiammatorie croniche della prostata, sindrome quest'ultima, che passa sotto la denominazione di «*dolori eterotopici prostatici*» perchè il sintomo principale è un dolore generalmente intenso, spontaneo o provocato avente carattere a volte gravativo, a volte trafittivo, esacerbandosi con il lavoro, con le funzioni sessuali, con il freddo, ecc.; localizzato in regioni più o meno lontane dalla prostata e può addivenire così persistente ed intenso da mostrarsi ribelle ad ogni medicamento interno e condurre pur anco il paziente al suicidio. Le localizzazioni più comuni di questo dolore sono: perineo, regione anale, epigastrio, regione ombellicale, Punto di Mac Burney (da mentire un'appendicite), testicoli, osso iliaco, regione inguinale, vescica, regioni renali (da mentire una calcolosi), regione ipogastrica e più di frequente regioni del nervo sciatico, e quivi con intensità così atroce da condurre alla disperazione; e con frequenza così speciale che Leube nella sua *Specielle Diagnose* asserisce non doversi far diagnosi di sciatica reumatica senza prima aver fatto un esame accurato del retto.

I dolori eterotopici prostatici insorgono solo in nevropatici affetti da prostatite cronica. Guariscono col massaggio prostatico.

U. SALVOLINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La cura chirurgica dell'ulcera gastrica.

CASTROENTEROLOGIA.

Da osservazioni fatte sopra una serie di 100 casi, L. E. Barrington-Ward (*Lancet*, 1921, n. 5112) conclude che il trattamento chirurgico non deve essere praticato sistematicamente, ma solo dopo lo studio del caso individuale, ricercando anzitutto la causa dell'ulcera. Si farà poi una visita completa della cavità addominale e ci si troverà spesso condotti ad operare l'appendice o la cistifellea, a fissare un colon mobile e così via: si dovrà poi essere certi della esistenza dell'ulcera e non esitare ad aprire lo stomaco, poichè, di sovente, un ispessimento del peritoneo o dei vasi linfatici visibili alla faccia esterna dello stomaco danno l'illusione della presenza di un'ulcera.

Quando l'ulcera esiste, possono darsi tre casi:

1° L'ulcera si trova sulla faccia anteriore o posteriore, prossima alla verticale abbassata dall'orificio della piccola curvatura. Sono le ulceri più rare e più difficili da operare. Si farà l'escisione locale col bisturi o col termocauterio; per le ulceri posteriori, si dovrà talora passare a traverso i legamenti gastro-epatici o gastro-colici, oppure fare un'operazione transgastrica.

2° L'ulcera si trova in corrispondenza della piccola curvatura e della regione pilorica. Il metodo ideale consiste nella gastrectomia parziale che dà buoni risultati. La gastroenterostomia sarà riservata ai pazienti, molto deboli, i quali non possono sopportare che un intervento assai rapido. Sono state anche praticate resezioni cuneiformi, le quali sono di esecuzione difficile e non danno i buoni risultati della gastrectomia parziale.

3° L'ulcera si trova al di là della vena pilorica, il più spesso all'inizio della seconda porzione del duodeno: la gastro-enterostomia è il metodo di scelta.

Non è improbabile che la maggior parte dei cattivi risultati, segnalati dopo la gastro-enterostomia, siano da attribuirsi ad errori di diagnosi ritenendo trattarsi di ulcera che non esisteva; giustamente l'A. osserva che i sintomi classici dell'ulcera duodenale son ben lungi dall'essere sicuri come si asserisce, così, p. e., la fame dolorosa si riscontra spesso in condizioni, che non hanno nulla di comune con l'ulcera duodenale.

r. s.

La somministrazione della pepsina.

Nella pepsina, più che la sua azione sostitutiva e supplementare va considerata, secondo Loeper e Baumann (*Progrès méd.*, 23 dic. 1921) l'azione eccito-secretoria, analoga a quella degli estratti ghiandolari presi a dosi lievi e ripetute. La pepsina ha effetto, non solamente sul sistema gastroepatico, ma anche su tutto l'organismo, per l'azione sulla tensione vascolare, donde ne segue l'iperleucocitosi secondaria e la dilatazione vasale.

La pepsina non va quindi somministrata durante i pasti, in cui non avrebbe che un ufficio di supplenza temporanea ed insufficiente, ma invece un'ora prima a piccole dosi di circa 10 cg.; in tal modo essa agisce favorevolmente negli ipo- come negli iperpeptici, fungendo da eccito-secretore nei primi e da regolatore della secrezione nei secondi. *fil*

Il mericismo nei lattanti.

La ruminazione studiata nell'adulto solo di recente è stata osservata nel lattante nel quale le difficoltà diagnostiche non sono lievi: la diagnosi è più facile dopo il sesto mese di vita, ma si può riscontrare anche nei primi mesi.

I due sintomi caratteristici sono il rigurgito del latte in tempo più o meno lungo dopo la poppata ed il deperimento organico determinato dalla dispersione del cibo che in parte non viene di nuovo ringoiato.

La interpretazione patogenetica secondo la Pastore che si occupa del fenomeno (*Pediatria*, n. 18, 1921) varia secondo gli autori: Lust sostiene che a fondamento della malattia si trova una anomalia di funzione del piloro, Boas negli adulti ha trovato sempre normale la funzione gastrica.

Il risalimento del contenuto gastrico in bocca è determinato dal riflesso della suzione che provoca i movimenti della muscolatura del faringe che si propagano a tutta la muscolatura gastro-esofagea: la condizione anatomica speciale a che si sviluppi il mericismo è la mancanza o il rallentamento della contrazione del cardias.

Per vedere scomparire il fenomeno ha molta importanza l'alimentazione: un lattante sottoposto ad alimentazione più densa a base di farine, migliorò rapidamente.

GENOESE.

Cura delle sindromi coliche nell'infanzia.

Si fonda essenzialmente sulla dietetica: soppressione o restrizione delle albumine animali, dando la prevalenza alle farine ed alimenti vegetali; si riprenderanno poi gradatamente le albumine animali, incominciando dal latte scremato, siero di latte, jogurt, formaggi freschi; poi carni magre, pesci, prosciutto: le uova sono di solito mal tollerate, si darà eventualmente il solo tuorlo con zucchero. I regimi dietetici possono essere di tre tipi da adottarsi successivamente: 1° brodo di legumi, minestre di brodo con farine di frumento, orzo, riso, avena, tapioca; marmellate, bibite molto zuccherate; 2° aggiungere *purées* di patate, di legumi, pancotto, biscotti, paste alimentari; 3° aggiungere tuorli d'uovo, prosciutto magro, costolette di agnello, di pollo. Il tutto ripartito in 4 pasti od in 5 se il bambino ha meno di 16 mesi. Il regime vale anche nei disturbi da anaflassi alimentare.

Nobécourt (*Journ. d. praticiens*, 1921, n. 39) consiglia anche i seguenti medicamenti: *Soluzione di Bourget*, Solfato di sodio g. 10, fosfato di sodio g. 5, bicarbonato di sodio g. 3; acqua bollita g. 1000, 1/2 ora prima del pasto si danno 1-2 cucchiai fino a 3 anni, 3-4 fino a 10, 5-6 dopo i 10; riscaldare la soluzione a bagno maria e continuare per 10 giorni. *Soluzione di Nobécourt* (per stimolare le funzioni epato-biliari e combattere l'atonia intestinale). Cloruro di magnesio e di sodio anag. 2; bicarbonato e solfato di sodio anag. 5, acqua bollita g. 1000. Si somministra come quella di Bourget; l'una o l'altra si sospendono per 10-20 giorni, somministrando nell'intervallo al mattino, a digiuno cartine con solfato di sodio g. 1-4 e bicarbonato di sodio g. 0.5-1, secondo l'età, e l'effetto desiderato; da sciogliersi in piccole quantità di acqua tiepida.

Nei processi putridi, si ricorrerà anche alla batterioterapia lattica e si daranno ai pasti, nei periodi in cui si sospendono le soluzioni saline, cartine con carbonato di magnesia, di calce e fosfato tricalcico anag. 0.10-0.30, aggiungendo eventualmente le stesse dosi di benzonaftolo e di bicarbonato di sodio. Raramente vi è bisogno di clisteri, che si prescriveranno mucillaginosi (radice di altea, semi di lino) o di soluzione fisiologica, aggiungendo se il processo è molto putrido acqua ossigenata (50 ‰), borato di sodio (20-30 ‰), perossido di magnesio (10 ‰).

In qualche caso sarà necessario ricorrere a pepsina, limonea cloridrica, estratto secco di pancreas, fiele di bue; con la diastasi di orzo tallito o maltasi, si favorirà la digestione delle farine, preparando minestrine poltacee. Si applicheranno sull'addome compresse umide (calde se vi è spasmo); eventualmente un massaggio cauto può essere utile contro l'atonia del colon.

Si provvederà inoltre alla debolezza generale, all'anemia, alla demineralizzazione, prescrivendo sali di calcio, di acidi fosfo-organici, biossido di manganese. *fil.*

EPIDEMIOLOGIA.

Osservazioni dirette sull'infezione tubercolare nella famiglia.

Se ne occupa T. Köffler (*Münch. med. Wochenschrift*, n. 37, 1921).

Genitori tubercolosi che espettorano bacilli in gran quantità infettano tutti i loro figli (reazioni alla tubercolina). Solo i lattanti nel primo anno di vita spesso non reagiscono alla tubercolina, quantunque continuamente esposti all'infezione.

Genitori che espettorano ma nel cui espettorato non si trovano che scarsi bacilli, sono molto meno pericolosi dei primi (in 9 famiglie 14 bambini infettati su 29). Genitori privi di bacilli ma che presentano i segni clinici di una tubercolosi avanzata, ed espettorato abbondante, a volte sanguigno, si devono considerare facoltativamente aperti (secondo Winkler) e sono oltremodo pericolosi per i loro figli.

Piccoli bambini che hanno superato l'anno se esposti ripetutamente all'infezione, si infettano sicuramente; spesso essi ammalano alla prima infezione con alta mortalità. Se i genitori espettorano scarsi bacilli, anche i piccoli bambini spesso non si ammalano. Bambini sopra i due anni ammalano molto più raramente nonostante ripetute occasioni di contagio intenso; ne è pure più bassa la mortalità. I figli di tubercolosi che espettorano bacilli abbondanti sono fortemente ipersensibili alla tubercolina, per le continue reinfezioni che subiscono. POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1236) *Sull'uso dei sieri glucosati ipertonici.* — Al dott. G. R., abb. n. 6051:

L'uso endovenoso delle soluzioni ipertoniche glucosate (fino al 30 %) è stato provato specialmente nelle infezioni e intossicazioni gravi, nelle inanizioni, in casi di oliguria da iposistolia, approfittando dell'azione molteplice che il glucosio può esercitare come sostanza nutritiva, come tonicardiaco, come diuretico. Sebbene la letteratura medica vanti dei buoni resultati, possediamo in ciascuna delle azioni mezzi più direttamente e più sicuramente utili.

t. p.

(1237) *Anafilassi e malattia da siero.* — All'abbonato n. 2455:

Anafilassi e malattia da siero non sono sinomini: dalla maggior parte degli autori si ritiene che la malattia da siero possa rientrare in seguito alle note esperienze di Arthus tra i fenomeni di natura anafilattica.

Anafilassi viene dal greco ana-filassein e significa contro-proteggere, ossia il contrario dell'immunità o filassia, che significa proteggere.

t. p.

(1238) *Sieri ipertonici e loro indicazioni.* — Al dott. A. L., abb. n. 4517:

L'uso dei sieri ipertonici si basa su una supposta azione stimolante, simile a quella attribuita alla sieroterapia in genere. Perciò se ne è consigliato l'uso nei vecchi astenici, negli anemici, nei convalescenti, nei fanciulli atrepsici. I sieri ipertonici presentano non pochi inconvenienti e dubbia utilità pratica. Per i sieri ipertonici glucosati ci riferiamo a quanto ne abbiamo già detto altre volte. *t. p.*

(1239) *Singhiozzo epidemico.* — Al dottore T. N., Figline Valdarno:

Il nosografismo del singhiozzo epidemico è ben noto: nulla si conosce sulla etiologia, poco sulla patogenesi. Tutte le terapie consigliate a nulla giovano e la malattia in pochi giorni si esaurisce per sè. *t. p.*

(1240) *Quesiti roentgenologici.* — All'abbon. n. 11160:

Per la Röntgenterapia delle malattie cutanee e profonde ottimo è il trattato del Wetterer (3ª Edizione Neumich), per le profonde il volume di Seitz e Wintz (Urban e Schwarzenberg, 1920). Come radiodiagnostica dell'apparecchio scheletrico, oltre ai trattati recenti dell'Asemann e l'ultima edizione del Groedel si provveda dell'ultima edizione del Koehler (edizione Graefe e Sillem). Per il sole di alta montagna consulti il Kompendium der Lichtbehandlung di Schmidt (Ediz. Thieme).

P. A.

VARIA

La psicologia nei tempi della Grecia antica.

L'arte sanitaria è nata nei santuari e per molto tempo la medicina fu subordinata alla religione. I primi curanti furono i sacerdoti di Esculapio, i cui procedimenti terapeutici rivelano una conoscenza profonda dell'influenza curativa della psiche.

I sacerdoti dell'antichità pagana avevano compresa la importanza terapeutica del morale, e non trascuravano nulla di ciò che poteva colpire la immaginazione dei loro contemporanei.

Il più celebre dei tempii greci fu quello di Asclepeion, il cui splendore e la cui fama è rimasta insuperata. L'affluenza dei pellegrini che venivano a questo tempio dai più lontani paesi per ottenere la guarigione, era enorme. Appena giunti per propiziarsi la divinità deponevano all'ingresso del tempio ricchi doni e prendevano un bagno nell'acqua consacrata. Questa pratica costituiva una misura igienica ed insieme un atto simbolico di purificazione. Sulla facciata del tempio era scolpito: Colui che vuole essere ammesso deve avere l'anima pura.

Così ripuliti e dopo aver sacrificato alla divinità un maiale o una capra, i pazienti esauriti da una dieta rigorosa erano ammessi a passare una o più notti sotto il portico del tempio. Dopo questo « periodo di incubazione » trascorso nelle preghiere in comune si era finalmente ammessi ad entrare nel tempio, dove numerosi fatti inattesi colpivano l'immaginazione. Con un procedimento ingegnoso l'apertura della porta del tempio determinava un suono di tromba. Su l'altare illuminato la statua del dio appariva splendente di luce, di oro e di gemme.

Dopo aver trascorsa la notte in una sala oscura i malati ricevevano i consigli del caso. Spesso la divinità parlava direttamente ai pazienti; per ottenere questo miracolo vi erano delle statue vuote dentro le quali si nascondevano i sacerdoti. La suggestione era così perfetta ed era tanto più efficace in quanto agiva su individui già preparati a subirla.

Ma i servi del dio non si limitavano agli

incoraggiamenti ed alle suggestioni, prescrivevano anche cure. Esculapio consigliava pratiche idroterapiche, esercizi fisici, distrazioni quali la musica ed il canto, nonchè rimedî medicamentosi di vario genere.

E le guarigioni erano molto numerose come l'attestano i numerosi *ex-voto* ritrovati nelle ruine dei tempii di Esculapio e di Apollo. Tutte le parti del corpo vi si trovano rappresentate: braccia, gambe, orecchi, bocche, falli ed anche tumori addominali. La malattia talvolta vi si trova rappresentata minutamente. Un *ex-voto* conservato al Museo Vaticano mostra un petto scarnito, un altro un'ernia, un altro un corpo umano intero di una magrezza scheletrica esprimente meravigliosamente il deperimento fisico provocato da un'anoressia prolungata.

E non mancavano le iscrizioni eternanti il miracolo di guarigioni più clamorose e più straordinarie. Esse erano in versi o in prosa, esprimevano la gratitudine del guarito e portano spesso la indicazione della malattia e del rimedio impiegato.

Nello stesso tempio di Esculapio si è trovata la seguente iscrizione: «Un soldato cieco a nome Valerius Aper, avendo consultato l'oracolo, è stato consigliato di mescolare il sangue di un gallo con miele e farne una pomata da spalmare sull'occhio per tre giorni! Egli ricuperò così la vista e viene a ringraziare la divinità a cospetto di tutto il popolo». Ed un'altra: «Un tisico, Lucius, prese le ceneri dell'altare, le mescolò con vino e si praticò con la miscela frizioni sul petto: guarì immediatamente ed il popolo esultò con lui».

Le iscrizioni del genere costituirono quasi i primi formulari, ai quali ricorse largamente lo stesso Ippocrate; per altro in tutte le prescrizioni ippocratiche si nota una specie di subordinazione della scienza alla religione.

I sacerdoti che furono i primi medici seppero utilizzare con molta abilità le risorse della psicoterapia, e compresero che per guarire occorreva colpire l'immaginazione, guadagnarsi la fiducia del malato ed assicurarsi della sua perfetta docilità. *dr.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CARUSO MANFREDI LUIGI. *Un caso di stenocardia malarica.* — Napoli, F. Sangiovanni & Figlio, 1921.

CAVAZZANI TITO. *Alcune considerazioni intorno alla fisiopatologia degli aneurismi cirsoidei.* — Roma, Stab. Poligrafico per l'Amm. della Guerra, 1921.

COLVÉE PABLO. *Ensayo de obtención de un suero especifico contra la grippe epidémica.* — Valencia, 1919.

CONSIGLIO P. *Un programme complexe de travail pour les recherches anthropologiques.* — Paris, Emile Nourry, 1921.

ID. *Ammaestramenti dalla esperienza neuro-psichiatrica di guerra.* (Estratto dalla Riv. Ital. di Neurop., Psich. ed Elettroterapia), 1921.

ID. *Per il rinnovamento e l'incremento degli studi antropologici - L'Istituto internazionale di antropologia - Contributi della medicina militare.* — Roma, Stab. Poligr. Amm. Guerra, 1921.

CONTI PIETRO. *Aneurisma aortico apertosi nell'arteria polmonare.* — Milano, Stucchi, Ceretti & C., 1921.

CREMONESE GUIDO. *La malaria, Fiumicino e il Prof. Grassi.* — Roma, 1921.

D'ANNA CARLO. *Consultazioni per lattanti e dispensari di latte di Trento, Rovereto e Riva.* — Trento, Tip. Coop. Trentina, 1921.

DE MARSI A. *Palletta di shrapnell nella cricoide, interessante il laringeo inferiore destro.* Roma, Stabilim. Poligrafico Amm. Guerra, 1920.

DE MARSI A. *La chirurgia dell'articolazione del ginocchio.* Roma, Stab. Poligrafico Amm. Guerra, 1921.

DE VECCHIS BENIAMINO. *Contributo alla conoscenza della struttura del dente.* — Milano, 1920.

DEPRETANO LUIGI. *Resezione cuneiforme, plastiche e trapianti tendinei nelle forme avanzate di piedi tosti congeniti e paralitici.* — Bologna, L. Cappelli, 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

VII Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici.

Come abbiamo annunziato, si terrà in Roma dal 25 al 27 aprile, nella sede dell'Ordine di Roma (Foro Traiano, n. 1). L'inaugurazione avrà luogo alle 10 precise del 25 aprile.

«La Federazione Medica» del 1° aprile reca il programma dettagliato dei lavori; i temi, in numero di 79, sono raggruppati nei seguenti argomenti: Temi statutari; Tariffe medico-legali; Medici della C. R.; Ordini e Sindacati; Assicurazione obbligatoria contro le malattie: Legge sugli Ordini dei Sanitari; Concorsi e Condotte mediche; Esercizio della Odontoiatria; Questioni ospitaliere; Leggi e Regolamenti sanitari; Medici specialisti e *réclame* professionale; Varie.

Per l'alloggio i delegati possono rivolgersi almeno una settimana prima del loro arrivo al signor Giuseppe Bolletta, custode dell'Ordine di Roma, indicando la qualità dell'alloggio richiesto e il giorno dell'arrivo.

I Congresso della Federazione dei Sindacati Medici.

Organizzato dal Sindacato Medico Napoletano, dal 26 al 28 maggio avrà luogo in Napoli il I Congresso della Federazione Italiana dei Sindacati medici.

Il Comitato esecutivo è presieduto dal professor Landolfi, ha per segretario il prof. Marsiglia.

Daremo prossimamente notizia del programma.

Le tariffe giudiziarie.

La Camera dei Deputati ha approvato, con alcuni emendamenti, il disegno di legge per la riforma della tariffa penale (relativamente ai periti, ai testimoni, ecc.); esso dovrà essere ancora discusso in seno al Senato.

Ne daremo più ampia notizia nel prossimo numero.

Assicurazioni malattie.

Il 12 marzo ebbe luogo a Firenze un Convegno regionale toscano per le Assicurazioni sociali. Alla riunione parteciparono parecchi medici i quali avevano voto consultivo. I deliberanti approvarono un Ordine del giorno nel quale il Convegno convinto «che per garantire al lavoratore una adeguata assistenza sanitaria che Comuni ed Opere pie nelle loro disastrose condizioni finanziarie più non danno neppure nella misura già insufficiente del periodo pro-bellico... domanda: Costituzione di Casse ammalati territoriali uniche, autonome, gestite in assoluta maggioranza dai lavoratori interessati, conservando alla mutualità professionale e mista le funzioni di integrazione economica e morale; massima estensione della sfera degli assicurati e dei servigi assistenza curativa e preventiva da affidarsi agli stessi organi assicuratori, cioè alle Casse territoriali di malattia suddette; collegamento dei servigi burocratici, amministrativi e tecnici comuni a tutte le forme di assicurazione».

Per i Medici di San Fratello.

La Federazione degli Ordini ha raccolto fin'ora, per i colleghi danneggiati dal disastro di San Fratello la esigua somma di L. 2310.

Sollecitiamo i medici italiani a dar prova di solidarietà collegiale, rimettendo il loro obolo alla Federazione od ai singoli Ordini; non importa che i contributi siano modesti: purchè numerosi, daranno un risultato più tangibile.

Il prof. Luigi Simonetta di Siena, presidente del Collegio-convitto di Perugia, ci ha rimesso per i disastrati la somma di L. 50, che abbiamo girato alla presidenza della Federazione.

Negli Ordini dei medici.

NUOVI CONSIGLI PER IL BIENNIO 1922-1923.

Cagliari: Marchei Ruggero, presidente; Dinna prof. Giuseppe, vice-presidente; Mereu Armando, tesoriere; Anchisi Tomaso, relatore; Manca Massimo, segretario; consiglieri, Cruccu Virgilio, Siotto Speraindio.

Istria-Pola: Presidente, Carlo Devescovi; segretario, Eugenio Petz; tesoriere, Francesco Marinoni; consiglieri, Celso Ughi, on. Fulvio Cleva, on. Domenico Sambo, on. Giovanni Pesante.

Lucca: Presidente, Bettino Pilli; segretario, Giovanni Sergiusti; tesoriere, prof. Corrado Ferrarini; consiglieri, Ciro Biscioni, Italo Giovanni Parenti, Pasquale Pini, prof. Quinto Vignoli.

Perugia: Presidente, Adolfo Bolli; segretario, Cenci Francesco; tesoriere, Braccini Braccio; consiglieri, prof. Silvestrini Raffaello, prof. Agostini Cesare, Bonarrotti Enrico, Buccolini Geralberto.

Pisa: Presidente, Gini Michelangelo; segretario, Bertini Luigi; tesoriere, Menocci Giuseppe; consiglieri, Pierotti Angelo, Colombini Guido, professor Carreras Giulio, Gazzarini Adolfo.

Piacenza: Presidente, Decio Gandolfi; segretario, Minoja Mario; tesoriere, Caramatti Giovanni; consiglieri, Negri Giovanni, Dragoni Pietro, Garovi Luigi, Formiggini Benedetto.

Porto Maurizio: Presidente, Filippi Paolo; segretario, Vivaldi Angelo; tesoriere, Mandracci Fedele; consiglieri, Ughetto Antonio Giuseppe, prof. Pestalozza Gian Disma, Falciola Carlo, Odello Giovanni.

Reggio Calabria: Presidente, prof. Tiberio Evoli; vice-presidente, Romeo Vincenzo; tesoriere Serranò Antonio; segretario, Morena Domenico; consiglieri, Tripepi Filippo, Politi Antonio, Gullace Ferdinando.

Genova (1ª elezione): Presidente, Gian Domenico Rosciano; consigl. anziano, prof. Arturo Morselli; segretario, prof. Carlo Trevisanello; tesoriere, Paolo Bovo; consiglieri, prof. Carlo Capellini, prof. Gian Giacomo Perrando, Bernardo Siri.

Per la diffusione dei prodotti medicinali all'estero.

Un abbonato al nostro giornale, residente a Port-Said, ci scrive per rilevare che gli annunzi ed i campioni di prodotti medicinali di produzione italiana non giungono affatto ai medici nostri connazionali residenti all'estero, mentre questi ricevono sempre abbondantemente la *réclame* ed i campioni dei prodotti farmaceutici degli altri paesi.

La ragione di questa deficienza si deve ricercare nel fatto che i colleghi residenti all'estero non figurano negli annuarî italiani.

I medici italiani che esercitano all'estero sono molti e molto apprezzati, ed i nostri produttori, perciò, trascurandoli, perdono una magnifica occasione per accreditare fuori d'Italia i loro medicinali.

ATTI PARLAMENTARI.

Per la malaria in Sardegna.

L'on. Martini ha dato ragione del seguente ordine del giorno:

«La Camera approva la spesa di lire 500 mila per combattere la malaria in Sardegna».

Dimostra come l'attuale stanziamento di 200,000 lire sia assolutamente irrisorio e sia risultato insufficiente in modo che nei passati anni è mancato anche il chinino necessario ai malarici.

È la maggiore piaga dell'Isola, che avvilisce e svalorizza la razza. Nell'attesa e nella speranza che diventi legge il progetto dell'on. Carboni-Boi, che però non potrà diventare fatto compiuto in breve tempo, è necessario si voti uno stanziamento annuo, il quale rappresenti per lo meno il minimo indispensabile.

Confida perciò che il Governo e la Commissione delle Finanze vorranno accettare la sua proposta.

Il presidente del Consiglio, on. Facta, chiede che l'on. Martini non insista nel maggiore stanziamento, poichè dà assicurazione di provvedere con le disponibilità di bilancio a maggiori fondi.

L'on. Martini prende atto delle assicurazioni.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9344) *Tassa di ricchezza mobile.* — Dott. L. R. da F. A. — Non è il Comune che l'obbliga a pagare la R. M. sull'indennità caro-viveri e sulla cavalcatura, ma sono le leggi tributarie in vigore, che obbligano tutti i cittadini a pagare la R. M. su tutti indistintamente i redditi privati. Anche pel contributo alla Cassa di previdenza vi è una legge speciale, che ne impone il pagamento. Per il mantenimento del Collegio degli orfani dei sanitarii in Perugia, si deve pagare ogni anno il contributo di lire 24.

(9345) *Sospensione di un concorso - Documenti di rito.* — Dott. G. M. da P. — Qualsiasi ricorso prodotto alla G. P. A. non vale ad inficiare la validità di un concorso, già bandito. I documenti di rito destinati alla stessa provincia, non debbono essere legalizzati dalla Prefettura. Il parere del Consiglio di Stato da Lei citato realmente esiste, ma non è stato seguito da altri e da molte Commissioni giudicatrici è perfettamente disconosciuto.

(9346) *Imposta di ricchezza mobile.* — Dott. A. G. da V. — Se l'indennità cavalcatura è data *a forfait* grava su di essa l'imposta di R. M. nella misura del 7.50 %.

(9347) *Residenza del medico consorziale - Cambiamento.* — Dott. C. F. da B. — La Commissione consorziale ha facoltà di cambiare la residenza del medico condotto, quante volte il provvedimento sia chiesto nell'interesse del servizio, e ciò tanto più in quanto, aggiungendosi un altro Comune, si verrebbe a trovare il medico in un punto non più centrale fra tutti i Comuni consorziati. La soluzione della eventuale vertenza che potrebbe sorgere fra i Comuni consorziati circa il reparto delle spese per il Consorzio, sono risolute con le modalità e col metodo indicato dall'articolo 2 del 19 luglio 1906, n. 466. L'assenza giornaliera, che Ella fa per recarsi a pranzo ed a cena in città, dopo aver esaurite le incombenze nella condotta, di durata di qualche ora, non può essere vietata dal Comune o Consorzio perchè la popolazione non avverte nessuna deficienza nè vi sono proteste.

(9348) *Medici che si recano in America.* — Dottor F. P. da T. — Per esercitare la professione nelle Americhe occorre premunirsi di laurea conseguita in una Università del luogo.

(9349) *Elenco dei poveri - Ricorso contro l'operato della Giunta municipale.* — Dott. G. V. da C. di L. — Circa i ricorsi di cui è suscettibile l'elenco dei poveri formulato dalla Giunta municipale e circa le persone, che sono ammesse a produrlo, vedi «*Legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale*» del comm. A. Vigo: Doctor Justitia.

(9350) *Monte di pensioni e cassa di previdenza.* — Dott. L. F. da L. — Monte pensioni e Cassa di previdenza sono la stessa cosa. Possedendo Ella nomina provvisoria ad ufficiale sanitario, non avrebbe dovuto essere inscritto. Ma poichè Ella dice che fu inscritto di ufficio, la inscrizione può sempre essere utile perchè questi anni di servizio, che presta con nomina provvisoria, sono calcolati come utili per compiere il tratto di tempo necessario per l'acquisto del diritto alla pensione.

(9352) *Proroga di contratti di locazioni di case.* — Dott. P. M. da F. M. — Avrebbe diritto alla proroga fino al 1° luglio 1923. Però bisogna attendere la pubblicazione della nuova legge, votata or son pochi giorni dal Senato, che disciplina l'intera materia degli affitti delle case, per avere una norma certa e precisa.

(9353) *Proroga di concorsi.* — Dott. F. C. da B. — I Comuni sono, in genere, sottoposti alla sorveglianza governativa. Se il Prefetto ha annullato la deliberazione di Giunta, con cui si prorogavano i termini del concorso, il Comune deve obbedire e non può rispondere a' terzi di eventuali danni,

non cagionati per propria negligenza o colpa. Se il Comune riuscisse vincitore in sede di ricorso al Governo del Re, si riaprirebbero i termini ed i documenti dai Lei prodotti potrebbero essere presi in debita considerazione. Si è restituito l'allegato.

(9355) *Ordine dei sanitarii.* — Dott. C. M. da T. — Per poter ottenere il trasferimento dall'Ordine dei medici della prima provincia a quello della seconda, bisogna presentare, fra gli altri documenti, un certificato attestante di essere in regola coi pagamenti del contributo, verso l'Ordine da cui si intende distaccare.

(9355-*bis*) — Dott. V. C., Vicenza. — Preghiamo leggere il 3° capoverso delle avvertenze inserite in calce alla pagina 525 di questo fascicolo.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUAPENDENTE (*Roma*). — Scad. 30 apr.; due cond. (Trevinano e Torrealfina); L. 5000 e 5 quadr. decimo; doppio c.-v.; L. 2000 cav.

ASSORO (*Catania*). — 2ª cond.; L. 6500; cav. lire 2000, per borgata; c.-v.; 5 quinquenni; età 35. Diploma da due anni; lodevole servizio condotta e corso perfezionamento. Scad. 30 aprile.

CALASCIO (*Aquila*). — L. 6000 per 280 pov.; per uff. san. L. 500; 1° c.-v.; ab. agglomerati; fraz. di 40 ab.; totale 1500. Scrivere al Sindaco.

CASTELLEONE (*Cremona*). — A tutto 30 apr., 1ª cond., circa 3200 ab.; L. 6500; addizionale di lire 2000 pel primo migliaio di poveri e di L. 2 ogni povero in più fino a 3000; doppio c.-v.; indennità cavalc. Per notizie più precise scrivere alla Segreteria del Comune.

COLLEDIMEZZO (*Chieti*). — Al 1° mag.; L. 5000 comprese L. 500 quale uff. san. Poveri. Servizio entro 20 giorni.

FOLIGNO (*Perugia*). — Per 40 giorni dal 22 mar.; cond. rurale di Annifo: L. 6000 per 1000 pov.; c.-v.; L. 1500 disag. resid.; tre quinquenni decimo; lire 2400 cav.; addiz. L. 2 ovvero indennità di residenza povera non mai super. a L. 2000. Ab. 1400. Età limite 21-35.

FROSINONE (*Roma*). — *Congregazione di Carità.* — Assistente dell'Ospedale Umberto I; L. 4400 e due decimi dei proventi operatori; biennio, poi stabilità fino al 45° anno. Età massima 35. Scad. 20 apr. Inscrizione nell'Ordine dei Medici della Prov.

GROMO (*Novara*). — Cons. con Valgoglio; abit. 1900 con 900 pov.; L. 6500; per uff. san. L. 500; mezzo trasp. L. 2500; disag. resid. L. 1000; doppio c.-v. Scad. 30 aprile.

GROSSETO. — Uffic. sanit. e medico capo del Comune. Scade 30 apr. L. 12,000, 5 quadrienni, c.-v. Inibito eserc. profess. e accettaz. incarichi da privati e da pubbliche amministrazioni. Verranno indicati i giorni e il luogo degli esami.

MELE (*Genova*). — Scad. 20 apr. L. 4000 oltre L. 200 uff. san.; c.-v.

MONTAGUTO (*Avellino*). — Scad. 20 apr. L. 4500, c.-v.; L. 300 alloggio.

MORICONE (*Roma*). — L. 7000, oltre L. 500 disag resid., L. 300 uff. san., L. 1000 arm. farm., doppio c.-v. Scad. 30 giorni dal 1° aprile.

OVARO (*Udine*). — Alle ore 16 del 1° maggio; Kmq. 54.146. Servizio entro 15 g. L. 6000 per 1000 pov.; tre quinquenni decimo; L. 3000 disag. resid.; addiz. L. 1.50; per cav. L. 3000; se uff. san. L. 600.

PALAZZOLO (*Siracusa*). — Scad. 15 mag. L. 5500 e 5 quadrienni di L. 500, per circa 1500 pov., lire 100 ogni gruppo di 50 pov. in più fino a 2000. Iscrizione a un albo.

PORTOVENERE (*Genova*). — L. 4000 e quinquenni decimo per 500 pov. su 2900 ab.; doppio c.-v.; età limite 34. Serv. entro 15 g. Scad. 30 apr.

RIVAROLO MANTOVANO (*Mantova*). — L. 9000 e tre sessenni dec.; doppio c.-v.; L. 4000 uso costante cavallo ovvero L. 2500 uso non continuativo cavallo ovvero L. 800 bicicl. Età limite 40. Scad. 25 apr.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Professore straordinario alle cattedre di: clinica ostetrica e ginecologica nella Facoltà medica di Sassari; antropologia nella Facoltà di scienze di Roma; chimica farmaceutica nelle Scuole di farmacia di Cagliari e di Milano; chimica generale nella Facoltà di scienze di Sassari. Scad. 15 giugno. Chiedere le condizioni.

S. MICHELE AL TAGLIAMENTO (*Venezia*). — Scad. 30 apr. Due cond.; L. 7800 oltre L. 3400 cav., L. 1800 indenn. malarica, doppio c.-v. Chiedere annunzio alla Segreteria.

SANTA MARIA CAPUA VETERE (*Caserta*). — Concorso per titoli ed esame per chirurgo primario nell'ospedale Melorio. Indennità annua L. 3000. Scadenza 18 aprile. Documenti visibili presso la Segreteria dell'Ente.

S. VENANZIO (*Perugia*). — A tutto 10 mag., 1ª cond.; L. 6000 p. pov. e semi abbienti, c.-v., lire 3000 cav., L. 1500 disag. resid.; assicurazione Servizio entro 20 giorni.

TARANTO (*Lecce*). — Scad. 20 apr. Ispettore sanitario delle Scuole pubbliche e private del Comune; L. 5,000 e 4 quadrienni dec.; due c.-v.

TAVENNA (*Campobasso*). — Scad. 30 apr. L. 3000; p. uff. san. L. 1500; 4 quadrienni. Ab. 2100 riuniti; pov. 200. Per schiarimenti rivolgersi al sindaco o al dott. A. Suriano in Pianiga (Venezia).

UDINE. *Ospedale Civile.* — Vedi fasc. 13. Scad. ore 16 del 20 aprile.

VALDUGGIA (*Novara*). — Ab. 2800 con 12 poveri; L. 6000; addiz. L. 3 a 4 oltre i 300 pov.; p. uff. san. L. 500; doppio c.-v. Scad. 25 aprile.

Diffide.

Nuove diffide: Solto (Bergamo), Sarezzo (Brescia), Ortignano Faggiolo (Arezzo), Ardenno Seconda (Sondrio).

Revoca di diffide: Bettola e Morfasso (Piacenza), Bertiolo e Torreano (Udine), Borno e S. Eufemia (Brescia), Tizzano (Parma), Loro Ciuffenna e Castiglion Fiorentino (Arezzo).

NOTIZIE DIVERSE.

IV Congresso Nazionale di Radiologia Medica.

Il Comitato organizzatore del Congresso (indetto a Bologna dal 9 all'11 maggio), rende noto che la Direzione delle Ferrovie di Stato per tale occasione ha concesso speciali ribassi.

Si fa viva preghiera ai soci della S. I. R. M. che intendono intervenire di inviare immediatamente al segretario del Congresso, dott. Alberto Possati (Villa Verde, Bologna) indicazioni precise di nome, casato, qualità, età, professione, residenza e domicilio, unitamente a quelle delle persone della loro famiglia che intendessero partecipare al Congresso.

Si avverte che l'apparecchio per proiezioni nella sala del Congresso permette di proiettare diapositive di varî formati, compresi fra 8 × 8 e 9 × 12.

V Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro.

Si terrà a Firenze dall'11 al 14 giugno. Oltre allo svolgimento dei temi annunziati nel precedente fascicolo, verrà tenuta una Esposizione sui più moderni sistemi di protezione contro gli infortuni sul lavoro; verranno eseguite due escursioni delle quali una alle miniere di zolfo di Romagna, l'altra alle Terme di Montecatini. Saranno concesse notevoli riduzioni ferroviarie agli inscritti al Congresso, ai quali saranno assicurati alloggio e servizi di *restaurant* a prezzi convenienti.

Al Congresso parteciperanno numerose autorità mediche; ha promesso di intervenirvi in forma ufficiale S. E. il Ministro del Lavoro.

Corso di perfezionamento in infortunistica per medici e laureandi in medicina.

Sarà tenuto presso l'Università di Torino dal 2 al 15 maggio c. a. col seguente programma: *Legislazione infortunistica* (prof. Mario Carrara); *Infortunistica pratica* (prof. Camillo Tovo); *Traumatologia infortunistica* (prof. Ottorino Uffreduzzi); *Malattie traumatiche*: il prof. Morpurgo terrà due lezioni sull'*origine traumatica delle malattie*, il prof. Lugaro tratterà della *Psico-nevrosi traumatica*, il prof. Micheli illustrerà qualche caso di *malattia interna traumatica*, quando si presenti il materiale.

Per informazioni e schiarimenti rivolgersi all'Istituto di Medicina legale. Le iscrizioni, accompagnate dalla tassa di L. 50, si ricevono presso la segreteria della Facoltà di Medicina, R. Università.

Bibliografia di Medicina del Lavoro.

Nelle «Notes bibliographiques» che periodicamente pubblica l'Ufficio Internazionale del Lavoro, un posto importante sarà dato alle note bibliografiche di Medicina del Lavoro raccolte dal Servizio di Igiene dell'Ufficio.

L'Ufficio Internazionale del Lavoro non possiede e non riceve tutti i periodici della stampa medica e sociale. Tuttavia il Servizio d'Igiene si è messo in condizione di poter fare lo spoglio dei più importanti periodici che trattano della specialità.

L'Ufficio Internazionale del Lavoro prega tutti gli studiosi che si occupano di medicina del lavoro di voler cortesemente fargli pervenire direttamente (indirizzando alla «*Section d'Hygiène, Bureau International du Travail*», *Genève, Suisse*) le indicazioni bibliografiche dei lavori da essi pubblicati (nome e cognome dell'autore - titolo del lavoro, numero e data del periodico nel quale venne pubblicato) e se possibile di fargli avere un estratto dei lavori stessi. Da parte sua l'Ufficio si farà premura di far pervenire, in omaggio, ai suoi cortesi correspondenti di note bibliografiche, le pubblicazioni dedicate alle «Notes bibliographiques».

Per l'Università a Bari.

Il Consiglio amministrativo dell'Ordine dei Medici di Bari, nella tornata del 23 marzo, ha votato il seguente O. d. G. riflettente il problema dell'Università a Bari:

«L'Ordine dei Medici-Chirurgi della provincia di Bari, preso in esame il problema della istituzione della Università di Bari, antica e giusta aspirazione di tutta una nobile Regione del Mezzogiorno;

«*ritenuto* che per imprescindibili ragioni di cultura e di politica nazionale è di urgente necessità che Bari sia sede di un grande Istituto di studî superiori;

«*considerato* che la privilegiata posizione geografica di detta città soprattutto è sicura garanzia che da essa si possa meglio affermare e diffondere la nostra cultura tra i vicini popoli Orientali e Balcanici;

«*ritenuto* che i giovani delle Regioni del Sud Italia continentale, ora costretti a recarsi in centri molto lontani, avrebbero a Bari una sede più agevole di studi superiori, con notevoli vantaggi economici per le loro famiglie;

«*tenute presenti* le costanti premure ed il vivo interessamento che Enti pubblici e cittadini di ogni categoria delle Puglie vanno spiegando da tempo per ottenere la realizzazione di tale giusta aspirazione di indubbio vantaggio nazionale;

«*constatato* che personalità di alto intelletto e di nobile spirito nei due rami del Parlamento e fuori, si sono dichiarati convinti assertori di tale necessità;

«*constatato* che per facilitarne al Governo la esecuzione gli Enti locali hanno di già lodevolmente votato un cospicuo contributo annuo;

FA VOTI

che l'on. Anile, che oggi presiede alla Pubblica Istruzione, ricordando le precedenti e reiterate sue affermazioni circa l'utilità scientifica, didattica e politica della istituzione di una Università a Bari, superato ogni ostacolo reale e fittizio, provveda senza indugio alla presentazione del relativo completo progetto di legge alla approvazione dei due rami del Parlamento per la istituzione di una

organo universitario in Bari, rispondente alle vere pratiche esigenze dei tempi ed indispensabile per gli interessi politici e culturali della Regione e sopratutto della Nazione ».

Commemorazione del Prof. Gaetano Mazzoni.

Il 2 aprile u. s. nell'Aula dell'Accademia Medica al Policlinico Umberto I è stata tributata solenne onoranza alla memoria dell'illustre chirurgo prof. Mazzoni.

Il prog. Ascoli, presidente dell'Accademia, con brevi parole ha illustrato il significato della cerimonia ed ha pòrto un saluto ed un ringraziamento alle Autorità, ai colleghi, ai rappresentanti delle Associazioni mediche intervenuti.

Della vita giovanile del prof. Mazzoni, del suo *curriculum* negli studi, del suo avviamento e perfezionamento nella chirurgia sotto la guida illustre dello zio prof. Costanzo Mazzoni prima, e del prof. Durante poi, nella R. Clinica chirurgica nonchè negli ospedali, ove meritatamente raggiunse il più alto grado, ha detto con verace eloquenza il gr. uff. prof. Margarucci, suo allievo ed amico.

Illustrando le tristi condizioni dei nostri nosocomi in quell'epoca preantisettica l'oratore ha potuto dimostrare l'arduo lavoro dovuto compiere dal fervore giovanile e dalla tenace volontà dell'estinto per le più pronte trasformazioni dell'assistenza ospedaliera come ispiravangli la fede nelle nuove scoperte scientifiche e la carità per i sofferenti. Meritamente acquistò così presto fama di valente clinico, di espertissimo chirurgo, imparti proficuo insegnamento e fu molto apprezzato per varî scritti scientifici.

Grande merito poi del Mazzoni fu l'aver rivendicato all'Italia e al Palasciano il principio della inviolabilità dei feriti e malati in guerra.

Ha elogiato, infine, le virtù civili e militari dell'Estinto.

Il prof. Lugli, presidente dell'Ordine dei Medici, ha parlato in particolare del carattere dell'uomo, aperto, gioviale; della sua vita; dell'amore per l'arte; del suo fervente patriottismo; del bene compiuto con l'esercizio professionale, sempre con disinteresse, sia di fronte al ricco che al povero; del suo cuore e della sua filantropia. Poscia ha accennato alla malattia inesorabile che turbò il riposo che meritava, ma non scosse la sua forza d'animo, nè mutò la sua contrarietà alla sofferenza altrui; ed ha chiuso con un affettuoso saluto alla memoria del cittadino esemplare e dell'illustre chirurgo.

A nome della Facoltà di Medicina ha pòrto un saluto ed un tributo di ammirazione il Preside, prof. Pestalozza Ernesto, ricordando l'opera importante data dal Mazzoni all'insegnamento quale docente di patologia chirurgica e di clinica ginecologica.

Infine, per l'Associazione dei Medici ospitalieri, ha parlato il presidente, prof. Giulio Galli, esponendo il cordoglio della classe per la scomparsa dell'esimio chirurgo, che fu con orgoglio considerato uno dei primi della famiglia sanitaria ospitaliera.

Il premio dell' Istituto Rizzoli.

Il 19 marzo fu a Bologna, proveniente dall'Olanda, il dott. Murk Jansen, per ricevere dall'Istituto Rizzoli il premio Umberto I, già vinto in precedenza da Vulpius, Schultess e Vanghetti.

Questo premio, creato prima della guerra, per onorare gli studiosi di ortopedia, venne attribuito al Jansen per i suoi lavori nel campo della specialità e per essere stato nell'Olanda il più attivo sostenitore delle cure ortopediche.

Il Jansen venne molto festeggiato; parlò degli ideali di scienza e di umanità e dopo la cerimonia restituì all'Istituto la somma ricevuta, di lire 3500, destinandola alla cura ortopedica di malati poveri.

Omaggio al Prof. Casagrandi.

All'Istituto d'Igiene dell'Università di Padova è stata celebrata una festa in onore del prof. Casagrandi, in occasione del riordinamento dell'Istituto stesso, ridonato completamente alla sua missione scientifica e didattica dopo essere stato adibito alle vitali necessità della Nazione in armi.

Numerose le rappresentanze e le adesioni. Parlarono l'aiuto e compagno di lavoro del prof. Casagrandi, prof. Scarpellini, il rettore prof. Lucatello e il prof. Casagrandi, il sui smagliante discorso fu intramezzato da una cinematografia. Seguì un ricevimento e la visita dell'Istituto. Infine gli studenti improvvisarono discorsi e chiusero con una calorosa ovazione al loro Maestro.

Grave sciagura in una sala di maternità.

Per una fatale inavvertenza il prof. Alessandro Regnoli, provetto e apprezzato ostetrico di Roma, ebbe a prescrivere, nella sala di Maternità Salvetti, un collirio di nitrato argentico al 20 %, per il metodo profilattico Credé; la farmacia di S. Gallicano, degli Ospedali Riuniti, eseguì l'ordinazione; risultato: quattro bambini hanno perduto o minacciano di perdere la vista.

Alla Scuola Francese di Medicina Militare.

Il Ministero francese della guerra ha autorizzato i medici e gli studenti di medicina a frequentare le lezioni, i laboratori e la biblioteca della Scuola di Medicina militare al Val-de-Grâce. Anche gli stranieri potranno esservi accolti in seguito a presentazione di regolare domanda al Ministero.

È morto a Perugia, a 63 anni, il dott. LUIGI PURGOTTI, che per trent'anni diresse l'Ufficio d'Igiene di quella città.

Fu un sanitario valente e di cuore.

Dedicatosi alle industrie, creò le fabbriche riunite di fiammiferi igienici, inventò l'eterol, surrogato della benzina, impiantò in società fabbriche di feltri, di borse e cartoncini da caccia. Nell'amministrazione dei vasti terreni aviti portò il più largo spirito di modernità e di progresso.

La sua fine immatura lascia un generale cordoglio. M.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Wiener Klin. Wochens., 9 mar. — R. BRANDT. V'è una resistenza naturale contro la sifilide?

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 1 mar. — G. Z. L. LE BAS. Fissazione del complemento nella bilharziosi.

Bull. de l'Ac. de Méd., 28 feb. — GUÉNIOT. La facoltà di non pensare.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 10 mar. — Malattia di Parrot trattata col mercurio e il sulfoarsenol.

Annali d'Igiene, gen. — B. GOSIO, A. MISSIROLI, P. CALDAROLA, P. ZANNELLI, G. SANTANGELO, M. GHIRON. Ricerche sull'influenza.

Rev. del Circ. Med. Arg., nov. — R. PINTO ESCALIER. Terapia dell'aborto. — E. OMACINI. Eredosifilide ed epilessia cosidetta essenziale.

L'Igiene Moderna, gen. — G. PETRAGNANI. Umidità e calore come causa di devitaminizzazione degli alimenti.

La Rif. Med., 27 feb. — U. PARODI. Sulla patogenesi del morbo di Bright. — G. LIONTI. Scoliosi riflessa da rene mobile.

Il Morgagni (Arch.), 28 feb. — F. LUSSANA e G. PANSERA. Caso guarito di splenomegalia con ascite recidivante.

Journ. de Méd. de Paris, 11 mar. — J. LEGRAND. Il taylorismo in chirurgia.

Riv. di Clin. Pediatr., feb. — L. SIRONI. Stenosi e atresie intestinali congenite.

Annali di Ostetr. e Ginec., feb. — A. L. DI BERNARDO. Pazzia ovaripriva. — C. COLOMBINO e M. MOZZETTI-MONTERUMICI. L'elioterapia artificiale in ginecologia.

British Med. Journ., 11 mar. — R. DAWSON RUDOLF. Trattamento dell'insonnia. — D. NOËL PATON. Eziologia del rachitismo.

The Lancet, 11 mar. — L. ROGERS. L'ascesso epatico amebico. — L. JONES LLEWELLYN. Eziologia della gotta.

Americ. Journ. of Obst. a. Gynec., feb. — G. K. MOSTER. Dieci anni di parto indolore. — J. F. MORAN. Trattamento dell'eclampsia. — M. P. RUCKER. I comuni ecbolici nel primo stadio del travaglio.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 26 feb. — N. BENDI. L'azione dell'adrenalina sulla digestione gastrica nell'uomo.

Münch. Med. Wochens., 10 mar. — R. STEPHAN. Funzione della corteccia delle capsule surrenali.

Mediz. Klinik, 12 mar. — F. GLASER. Riflesso vagale addominale nella vagotonia. — L. ROEMHELD. Sofferenza cardiaca nelle gastropatie.

Deut. Mediz. Wochens., 2 mar. — W. RINDFLEISCH. Sulla diagnosi e prognosi dell'ascesso cerebrale. — G. P. ALIVISATOS. Vaccinazione antirabbica con virus fisso eterizzato.

— 10 mar. — R. STINTZING. Sul trattamento con proteine aspecifiche per via parenterica.

Revue Neurolg., dic. — M. OZORIO DE ALMEIDA. Il periodo latente nei movimenti associati. — E. FLATAU. Il fenomeno nuco-midriatico.

Paris Méd., 11 mar. — Numero sull'anestesia.

La Presse Méd., 11 mar. — M. ROCH e P. GAUTIER. Choc emoclasico nell'autosieroterapia.

Gaz. d. Hôp., 7 e 9 mar. — M. MAUCLAIRE. La mesenterite sclerosante e retrattile; sue complicazioni: ostruzione intestinale, infarto intestinale.

— 11 mar. — P. PHILARDEAU. Le cisti e le false cisti del pancreas.

Spitalul, 2. — T. MIRONESCO. Sieroterapia della scarlattina. — S. DEMETRESCO. Scarlattina e tubercolosi.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX — Roma, 24 Aprile 1922 — Fasc. 17

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTIT. DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DIMOSTRATIVA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA diretto dal prof. A. ZERI.

Sui prodotti di scissione dell'albumina nel liquido cefalo-rachidiano

per il dott. G. AIELLO, assist. volont.

Numerosi ricercatori hanno in questi ultimi anni approfondito lo studio della costituzione chimica e della citologia del liquor apportando notevole contributo alla diagnosi differenziale delle varie forme morbose, che danno reazione flogistica, acuta o cronica, delle meningi e dell'encefalo; ma sono stati vani gli sforzi per fissare, ad ogni affezione cerebrospinale, un « quadro » differenziale, chimico e citologico. I dosaggi più comuni (albumina, sostanze riducenti, sali), le reazioni del reticolo (Mya), delle globuline (Nonne, Ross-Jones, Pandy), della Ninhydrin (Nobel), dell'emolisina (Kafka) e le più recenti basate sulla chimica colloidale (Lange, del Mastix, del Benzoino) devono essere, caso per caso, valutate alla stregua della larga recente esperienza: che cioè a nessuna di esse compete un sicuro significato specifico, e solo dalla valutazione, meglio se ripetuta, di diverse reazioni può trarsi il criterio differenziale [Kafka (1)].

Per meglio indagare la composizione chimica del liquido c-r., sia allo stato normale che patologico, ho creduto interessante occuparmi della ricerca dei prodotti di scissione dell'albumina in numerosi liquor ricavati dalla puntura lombare di soggetti normali od affetti dalle più varie affezioni del sistema nervoso, e di altri apparati. Ho cominciato colla ricerca del triptofano e della tirosina, due amino-acidi che sono dei più importanti componenti quel complesso edificio che è la molecola proteica, poichè per questi due prodotti di scissione sono note in chimica delle reazioni, che valgono a nettamente differenziarli (specialmente pel triptofano). Tali reazioni sono assai sensibili e si possono praticare con piccole quantità di liquor, circostanza questa molto importante, tendendo naturalmente ogni ricerca ad estese applicazioni cliniche, e non potendosi, nell'interesse dei pazienti, estrarre molto liquido, o trascurare le comuni importanti ricerche (albumina, globuline, Wassermann, sedimento, ecc.).

Nella letteratura finora apparsa, vi sono applicazioni cliniche della ricerca chimica del triptofano e della tirosina, nelle urine, negli sputi, nel sangue, nel latte, ma tali ricerche, chimicamente complesse per la difficile dealbuminizzazione e lunghe per esecuzione, non sono poi riuscite, clinicamente, di notevole significato. È però importante ricordare che il Fürth (2) recentemente accertò nella frazione globulinica del siero di sangue un contenuto più alto di triptofano che nella frazione albuminoidea.

Nel liquor non sono mai state praticate ricerche sulla presenza del triptofano, e per la tirosina, o meglio per gli albuminoidi precipitati dal reattivo di Millon; vi è solo un accenno nella monografia del Bisgaard (3).

Per la ricerca del triptofano ($C_{11}H_{12}N_2O_2$) mi sono servito della reazione del Voisinet, modificandola lievemente onde accrescerne la sensibilità e la facilità di apprezzamento (vedi tecnica). Tale reazione è stata anche adottata recentemente da Fürth (2) per le sue determinazioni quantitative in chimica generale, col colorimetro di Dubesq, ed è stata riscontrata nettamente specifica per il triptofano, mentre originariamente il Voisinet (4) ritenne che svelasse l'indolo.

Essa è più sensibile di altre reazioni (Levène e Rouiller, Adamkiewicz, reazione all'acqua di bromo, ecc.), svelando fino a diluizioni dell'1:10000, e richiede poi reagenti che sono alla portata di ogni piccolo laboratorio.

Nel liquor normale la reazione del triptofano è negativa adoperando 2-3 ed anche 5 cmc. di liquor, e per metterla in evidenza (sia in condizioni normali ma meglio in liquor iperalbuminosi) occorre sottoporre il liquido allo stesso procedimento consigliato dal Fürth per il siero di sangue, e che riesce generalmente a scindere le minime tracce di triptofano presenti. È da notare che il triptofano non resiste all'idrolisi acida, nè all'azione prolungata o forte di alcali. Essendovi nel liquor normale da 0,20 a 0,30 p. mille di albumina ed essendo la frazione del triptofano nella molecola dell'albumina del 4 %, si può calcolare che nei 2-3 cmc. di liquor adoperati per la reazione di Voisinet sono soltanto da 1 a 2 dec. di milligrammo di triptofano.

Le presenti ricerche sono state sempre eseguite su liquidi c-r. limpidi, escludendo quindi le forme purulente, anche iniziali, a liquor opalescente e reticolo a dito di guanto, dove è naturalmente fondamentale ed urgente l'esame batteriologico e quello citologico (polinucleosi).

È invece a liquor perfettamente limpido (acqua di rocca) che si impone continuamente in pratica la diagnosi differenziale tra meningismo, meningite sierosa, meningite da lues e tubercolare.

Oltre ottanta liquor, provenienti da soggetti affetti dalle forme morbose più varie e da ogni tipo di reazione flogistica meningea, hanno tutti reagito negativamente alla reazione del triptofano (se si eccettua un caso di sclerosi a placche a decorso rapido con liquor fortemente iperalbuminoso: gr. 2,67 p. mille) ed un caso di « lues cerebri » con liquor iperalbuminoso e reazioni delle globuline assai intense.

Invece in tutti i casi esaminati di meningite tubercolare, con decorso clinico classico (e con diagnosi controllata in vari casi coll'autopsia; in un caso con l'accertamento del bacillo di Koch nel liquor) la reazione del triptofano è riuscita positiva.

È sufficiente a scopo clinico l'accertamento della positività della reazione, ma volendo in qualche caso tener conto dell'intensità di essa, ho indicato, dopo la tecnica, le tre gradazioni di colore differenziabili (vedi appresso).

Circa il significato della reazione, che svela nettamente il triptofano scisso, si possono formulare due ipotesi. In primo luogo che penetrino nel liquor (per l'ormai accertato aumento di permeabilità meningea nei casi di meningite t. b. c.) sostanze albuminoidi, in parziale stato di scissione, provenienti dal sangue e dall'essudato denso, gelatinoso, ricchissimo di fibrina, proprio della malattia.

Che specialmente la fibrina possa entrare in stato di scissione è stato accertato dalle recenti ricerche di A. Clementi (6) che dimostrano come la fibrina, per azione dei propri fermenti autolitici, subisca una facile scissione in amino-acidi.

Infatti tra questi amino-acidi uno dei più importanti è il triptofano, che, secondo le ricerche di Fürth e Lieben (5), si trova nella fibrina in una percentuale piuttosto alta (5 %).

Una seconda ipotesi, che potrebbe anche ammettersi unitamente alla suddetta, è che avvenga, in conseguenza delle gravi e rapide distruzioni di tessuto nervoso, causate dal processo t. b. c., una scissione di sostanze proteiche, per cui la reazione del triptofano viene ad essere apprezzabile. È però da notare che ricerche recenti dimostrano un assai scarso contenuto di triptofano nel cervello, in confronto di altri organi.

Per accertare se il triptofano si trovi nel liquor completamente allo stato libero, ho sottoposto due liquidi di meningite t. b. c. dove la reazione era stata riscontrata nettamente posi-

tiva, all'ultrafiltrazione (coll'ultrafiltro di Bechhold e Zsigmondy, che ha la proprietà di trattenere, colla sua membrana colloide, tutte le sostanze proteiche (7)) e nel filtrato così ottenuto si è riscontrata la reazione del triptofano in un caso negativa ed in un caso fortemente ridotta di intensità.

Da ciò si può dedurre che il triptofano non si trova totalmente allo stato di amino-acido, ma si trovi presente, quale componente, di uno degli innumerevoli e poco noti prodotti intermedi della scissione della molecola proteica (serie dei polipeptidi?): tanto da essere ancora trattenuto dall'ultrafiltro, ma nello stesso tempo da essere istantaneamente reso libero sotto l'azione dell'acido cloridrico (come nella reazione descritta, a freddo, senza scissione idrolitica delle albumine).

Num. d'ord.	Provenienza	Diagnosi clinica	Albumina 0/00	Rep. microscop.	Reaz. triptofano (1)	Reaz. tirosina
1	Prof. Mingazzini pratica privata (adulto)	Meningite t.b.c.	gr. 0.75, reticolo	Linfocitosi	+ + +	+ +
2	Dott. Medi (pratica privata) (anni 13)	Meningite t.b.c.	gr. 2.00	Qualche linfocito	+ +	+ + +
3	Prof. Luzzatti (pratica privata) (anni 2)	Meningite t.b.c.	gr. 1.10, reticolo	Linfocitosi	+	+ +
4	N. 19 - Ospedale Bambin Gesù	Meningite t.b.c.	gr. 0.[illegible]0, reticolo	Rep. citologico misto, Bacilli di Koch	+ + +	+ + +
5	N. 24 - Ospedale Bambin Gesù	Meningite t.b.c.	gr. 1.20	Linfocitosi	+ +	+ + +
6	N. 7 - Clinica Pediatrica (anni 4)	Meningite t.b.c.	gr. 1.10, reticolo	Linfocitosi	+ +	+ +
7	N. 2 - VI Padiglione Policlinico (a. 22)	Sospetta meningite t.b.c. in luetico	gr. 0.70, accenno di reticolo	Linfocitosi	+ + +	+ + +
8	N. 11 - Infermeria Scarpetta	Meningite t.b.c.	gr. 0.70, reticolo	Reperto misto	+ +	+
9	N. 3[illegible] - VI Padigl. (adulto)	Meningite t.b.c.	g. 0.90	Linfocitosi	+ +	+ +

(1) Ho indicato con + il caso di semplice, lieve presenza dell'anello colorato viola; con + + il caso d'intensità media; con + + + il caso di forte anello viola con successiva diffusione del colore a tutta la provetta.

Dall'esame dei numerosi liquor, di casi di meningiti *non* t. b. c. ed altre affezioni, che reagirono negativamente pel triptofano, possono trarsi le seguenti deduzioni: in 12 casi di *meningite sierosa*, con contenuto di albumina dal 0,40 al 0,90 p. 1000 e reperto citologico vario, non si rilevò presenza di prodotti di scissione poichè nella detta affezione non esistono nè l'essudato denso ed abbondante, con la fibrina in disfacimento, nè le gravi distruzioni di tessuto nervoso della meningite t. b. c.

In 9 casi di *tabes*, per lo più con modico tasso di albumina, la mancanza della reazione del triptofano deve mettersi in rapporto col carattere degenerativo, quasi per nulla infiammatorio, del processo tabetico, a decorso lungo.

Eguale considerazione è da farsi per la *demenza paralitica* (7 casi, negativi) per le peculiari alterazioni anatomiche della malattia, specialmente a carico della corteccia e trattandosi in genere di un processo tossico, assai lento.

La reazione positiva in un caso di sclerosi a placche, già cennato, può spiegarsi colla forte distruzione di tessuto nervoso, a focolai od a strisce, che si riscontra nella malattia.

Ritengo inutile esporre dettagliatamente i reperti dei liquor suddetti, ed i cenni clinici sui pazienti, ma riporto la tabella dei casi di meningite t. b. c osservati, tutti sottoposti alla puntura lombare od alla fine della 1ª settimana di malattia, o nella 2ª.

In tutti i casi si ebbe *obitus*. In 3 casi il reticolo mancava (nè d'altra parte la sua presenza è ritenuta strettamente specifica della meningite t. b. c.) (Schlossmann). Nel n. 2 vi è il caso, eccezionale secondo Valagussa, di scarsissima reazione cellulare. Nella maggioranza dei casi è presente linfocitosi; ma questa non è però caratteristica della meningite t. b. c. poichè si riscontra in molte malattie dei centri nervosi che colpiscono primitivamente e secondariamente le meningi.

In complesso, dai casi riportati e dalla letteratura più recente, si rileva come sia difficile trovare un caso di meningite t. b. c. che corrisponda esattamente, per il reperto del liquor, al quadro differenziale dato scolasticamente.

Anche nel recente compendio di Kafka (1) sono riportati i caratteri del liquor nella meningite t. b. c. in confronto della meningite sierosa e delle meningiti purulente, ed è evidente come sia il dosaggio dell'albumina e delle sostanze riducenti, sia le reazioni delle globuline, sia la reazione delle emolisine, sia le curve della reazione del mastix e dell'oro colloidale, possano corrispondersi frequentemente nei tre tipi, pur tanto diversi, di affezione meningea.

In quanto alle ricerche sulla presenza di tirosina nel liquor, è da tener presente che la proporzione di essa nelle sostanze proteiche è sempre superiore a quella di triptofano. Mi sono servito della reazione di Millon, ormai classica, che è assai sensibile (1:20000), quasi il doppio di quella del Voisinet usata pel triptofano (Thomas) (8). È però svantaggio della reazione di precipitare oltre della tirosina, qualche derivato fenolico, e tracce di triptofano e ossitriptofano: ciò nonostante Weiss l'ha recentemente adottata in chimica generale, come la migliore per determinazioni colorimetriche quantitative.

Data la sensibilità della reazione è sufficiente adoperare 1 cmc. di liquor.

In numerosissimi esami, fatti comparativamente alle reazioni per il triptofano, ho potuto osservare che nei liquor a contenuto di albumina normale (da 0,10 a 0,30 p. mille) il precipitato al fondo della provetta è bianco, con una tendenza appena percettibile al roseo. Sicchè la presenza di tirosina può in tal caso negarsi reazione —).

Se il liquor ha un contenuto di albumina dal 0,30 al 0.90 p. mille la colorazione rosea del precipitato è evidente (reazione + o + +).

Oltrepassandosi l'1 p. mille la reazione assume maggiore intensità (precipitato rosso mattone, che si raggruma: (+ + +).

Nei casi di meningite tubercolare la reazione è generalmente più intensa di quel che non comporti il contenuto di albumina presente, il che starebbe ad indicare un aumento della frazione di tirosina o delle tracce di altri componenti precipitati col reattivo di Millon nella molecola albuminoidea (non però costante).

In pratica medica questa reazione può servire per avere un indice approssimativo del contenuto di albumina del liquor (dal colore assunto dal precipitato) quando non si disponga della provetta di Nissi; e per giudicare lo stato iperalbuminoso ho notato che risponde molto meglio della reazione di Ravault (semplice riscaldamento, intorbidamento al calore) recentemente rimessa in onore dal Dujardin, nel suo volume sul liquor nella sifilide (9).

Tecnica della reazione del triptofano. — 2-3 cmc. di liquor vengono posti in un tubo da saggio, e vi si aggiungono da 15 a 18 cmc. di HCl concentrato fumante (p. spec. 1020 o più) e 1-2 gocce di formalina al 2 %. Si mescolano i liquidi, e dopo qualche minuto si lasciano scorrere lentamente, sulle pareti della provetta, 25-30 gocce di una soluzione di nitrito sodico al 0,06 %. Al punto di contatto dei due liquidi (l'acido cloridrico più pesante resta al disotto) in assenza di triptofano non si forma alcun anello colorato e si riesce a vedere una nubecola gialla, dovuta all'accumularsi del nitrito sodico aggiunto per ultimo. In presenza di triptofano, si nota invece un anello di colore nettamente viola, che compare al massimo entro 3-5 minuti, e che persiste anche per molti giorni diffondendosi lentamente a parte della provetta, od a tutto il tubo, a seconda della intensità dell'anello (1). Nel procedimento originale di Voisinet- Fürth la reazione avviene invece per mescolanza, non ad anello, ed anzi dopo del reagente sodico viene aggiunto altro acido cloridrico; la soluzione di nitrito sodico usata è del 0,05 per cento (più leggera), versandone solo 10-12 gocce, che secondo la mia esperienza non sono sufficienti per svelare tracce infinitesimali, come è nel liquor. Colla reazione ad anello si viene ad evitare inoltre la causa di errore dell'influsso sfavorevole dell'aria, specie trattandosi di reazione poco intensa.

Danneggiano la sensibilità della reazione tracce anche minime di acqua, sia o no distillata, per cui occorre adoperare provetta e pipette asciutte; inoltre l'HCl deve essere fortemente concentrato.

La reazione può eseguirsi anche su liquor lievemente torbidi, se per inquinamento successivo alla puntura. In liquidi xantocromici può aversi una lieve reazione positiva, anche in assenza di meningite. Le tracce di sangue in conseguenza del trauma della puntura pure influenzano la reazione.

La reazione *si manifesta a freddo* (senza quindi scissione idrolitica delle albumine) con un anello di color violetto al punto di contatto del liquor e dei reagenti. In caso di notevole intensità della reazione (+ + +) il colore violetto si diffonde lentamente a tutta la

---

(1) Osservare l'anello ponendo la provetta dietro una schermo di carta bianca; trascorsa qualche ora la provetta può anche guardarsi «dall'alto» e si riscontrerà colorazione viola uniforme.

provetta, sicchè si potrebbe anche determinare colorimetricamente il tasso del triptofano presente. Tale determinazione non ha però interesse, non essendo l'aumento di triptofano, per come ho potuto osservare nei casi finora studiati, nè parallelo al decorso, nè alla gravità della malattia.

È sufficiente, a scopo clinico, l'accertamento della positività della reazione del triptofano. L'intensità della reazione non è sempre proporzionale alla quantità di albumina che si trova nel liquor (nei casi esposti nella tabella essa è stata determinata colla provetta graduata di Nissl).

La tecnica della reazione da me descritta è totalmente differente da quella della determinazione dell'indice peptolitico (del glicil-triptofano) di Zenk-Pollak e Segagni (10) (varie diluizioni di liquor fino a 1/200).

Tecnica della reazione della tirosina. — Ad 1 cmc. di liquor, riscaldato preventivamente fino all'ebollizione o non, si aggiunge altrettanto di reattivo di Millon (acido nitrico e nitroso con mercurio metallico: parti eguali in peso; diluire al doppio con acqua distillata).

Già a freddo si ha un denso precipitato bianco; si riscaldi fino all'ebollizione, continuando oltre per diversi secondi. Il precipitato o si raggruma gallegiando, o si attacca alle pareti della provetta ed in parte resta al fondo. Apprezzare il colore del precipitato solo un minuto dopo la ebollizione prolungata.

CONCLUSIONI.

1) La reazione del triptofano risulta in genere negativa nei liquidi c-r. normali, nelle affezioni sifilitiche e parasifilitiche e nella meningite sierosa.

2) Se positiva, in liquor limpido, è assai spesso indizio di un processo di meningite tubercolare.

3) Anche un grave processo distruttivo di tessuto nervoso, come la sclerosi a placche, può dare la reazione positiva; come pure un forte aumento delle globuline del liquor.

4) La reazione della tirosina si mantiene, colla sua colorazione, parallela al contenuto di albumina, e può sostituire la reazione di Ravault, dando in pratica migliore indicazione approssimativa del tasso di albumina.

I miei vivi ringraziamenti all'illustre Maestro prof. Zeri per i consigli e gli aiuti di cui mi è stato largo.

Roma, Gennaio 1922.

LETTERATURA CITATA.

(1) V. KAFKA. *Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethoden bei Nerven und Geisteskrankheiten*, Berlin, 1917.
(2) O. FÜRTH e NOBEL. *Biochemische Zeitschr.*, Bd. 109, 1920.
(3) BISGAARD. *Biochemische Zeitschrift*, Bd. 58, 1914.
(4) VOISINET. *Bull. Soc. Chim.*, Paris, vol. 33, 1198, 1905.
(5) FÜRTH e LIEBEN. *Biochemische Zeitschrift*, Bd. 109, 1920, p. 154.
(6) A. CLEMENTI. *Boll. della R. Accademia Medica di Roma*, anno 1921.
(7) AIELLO. *Policlin.*, Sez. prat., 1921, fasc. 40.
(8) THOMAS. *Bull. de la Soc. de Ch. biol.*, juin 1921, p. 197.
(9) DUJARDIN. *Le liquide c.-r. dans la syphilis.* Paris, 1921.
(10) SEGAGNI. *Pediatria*, 1914 (dicembre).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. OSPEDALE CONSORZIALE DI VALDINIEVOLE IN PESCIA.
Prof. A. CORDERO, chir. prim. e soprintendente.

Cisti teno-sinoviali e tubercolosi

per il dott. G. B. ANTONGIOVANNI, aiuto.

Sono abbastanza conosciute per la loro frequenza alcune produzioni cistiche a carico delle sinoviali articolari e tendinee e che si incontrano il più delle volte sulla faccia dorsale del polso. Le suddette produzioni cistiche che anticamente erano chiamate con termine improprio *gangli* hanno sempre dato luogo a lunghe discussioni sopratutto sulla loro anatomia e patogenesi. Così si alternarono la *Teoria follicolare* (Gosselin) con la teoria dell'*ernia sinoviale* (Begin e Barvell), con la teoria *neoplastica*.

La teoria follicolare che spiega la formazione della cisti sinoviale con l'obliterazione dell'orificio dei *follicoli sinovipari* annessi alle guaine tendinee, se si può applicare al caso di cisti delle sinoviali tendinee dei peronei laterali e tibiale posteriore, non si può dire altrettanto per le guaine dei tendini del polso che non contengono follicoli sinovipari.

Secondo questa teoria le cisti sinoviali del polso avrebbero *sempre* origine articolare, mentre sappiamo che praticamente il più delle volte all'atto operatorio le troviamo a carico esclusivamente della guaina dei tendini e del tutto indipendenti dall'articolazione.

D'altra parte la *teoria dell'ernia sinoviale* poco ci soddisfa perchè non possiamo spiegarci quale fattore esclusivamente dinamico possa spingere la membrana sinoviale attraverso a smagliature fibrose del rivestimento legamen-

toso articolare che noi sappiamo essere molto robusto e resistente. Lasciando da parte anche la *teoria neoplastica* che non ha per nulla chiarito il problema, in questi ultimi tempi si è portata l'attenzione sulla *tubercolosi* come fattore etiologico delle cisti artro- e teno-sinoviali.

A questa teoria hanno validamente contribuito i lavori di Poncet e Leriche sulle cisti in genere e di Tixier sulle cisti del polso in particolare e dei suoi allievi Bonnet, Murard, Bou-Hanna che proseguirono le ricerche del maestro. Molto recentemente poi Gougerot ha portata la questione su terreno nettamente sperimentale ed è arrivato ad interessanti conclusioni positive riuscendo a tubercolizzare in modo indubbio una cavia inoculandole sotto pelle una piccola quantità di liquido estratto da una cisti sinoviale.

Essendo l'argomento di una attualità recente ed offrendo un interesse indubbiamente pratico specie nei riguardi della prognosi, profilassi e cura dell'affezione, credo utile riferire su due casi che mi sono capitati al *Poliambulatorio* di questo ospedale e che ho operato e seguito fino a guarigione.

Il primo di questi mi fu offerto da un ragazzo Gino G., di anni 15, studente, da Pescia. — Nella sua *anamnesi familiare* rilevai l'avo paterno morto a 45 anni di tubercolosi polmonare, uno zio pure paterno morto in tarda età di malattia a rapido decorso della quale non fu precisata la natura, infine il padre morto poco tempo fa a 35 anni di tubercolosi polmonare. Nell'*anamnesi personale* notai una pleurite essudativa a destra sofferta due anni prima. Tale malattia avrebbe avuto uno sviluppo lento e subdolo con riassorbimento pure lentissimo del liquido pleurico. Per due mesi erano rimasti dei rialzi termici alla sera con defervescenza notturna accompagnata da sudori profusi. La malattia per la quale si presentava dal chirurgo risaliva ad un anno prima. Riferiva che aveva notata la formazione di un piccolo tumore sulla faccia dorsale del polso. Tale tumore non era mai stato dolente, ma era andato lentamente e progressivamente crescendo, senza che avesse fatti sforzi o subite distorsioni. All'*esame obbiettivo* notai che il ragazzo era di costituzione fisica gracile, di colore pallido della cute, con scarso pannicolo adiposo e mucose visibili rosa-chiaro. Vi era micropolilinfoadenia, il torace poco sviluppato, nulla a carico dell'apparato circolatorio. Notai invece all'esame dell'apparato respiratorio un respiro leggermente aspro all'apice polmonare sinistro e qualche lieve sfugamento pleurico alla base posteriore del polmone destro sulla linea emiscapolare. Tutti gli altri organi ed apparati mi risultarono obbiettivamente sani. Niente di patologico nell'orina e nel sangue. Cutireazione di von Pirquet *positiva*. Osservando la faccia dorsale del polso notai a due centimetri all'esterno dell'ipofisi stiloide del radio una piccola tumefazione allungata del volume di una piccola noce, di consistenza dura elastica, sfuggevole sotto il tatto, irriducibile, ricoperta di pelle normale. Nella flessione della mano tale tumefazione appariva più distinta; si vedeva appena quando la mano era in iperestensione. Decisi l'asportazione chirurgica e fatto un taglio cutaneo lungo l'asse maggiore della tumefazione, misi allo scoperto un tumoretto fluttuante. Isolatolo dai tessuti vicini constatai che aderiva nel senso della lunghezza alla guaina di un tendine. Lo incisi sulla sua faccia superiore e ne uscì un liquido spesso vischioso giallo scuro torbido. Escisi quindi la sacchetta cistica. Ricostruii la guaina del tendine con pochi punti in catgut e suturai la cute al di sopra. Dopo 8 giorni rividi l'ammalato all'ambulatorio. La ferita cutanea era cicatrizzata di *prima intenzione* con coalito perfetto, i movimenti attivi e passivi del polso erano permessi ed indolenti. Dopo 10 giorni l'ammalato si ripresentò da me preoccupato perchè, lui diceva, gli si era riaperta la ferita chirurgica. Con mia sorpresa notai infatti in corrispondenza della precedente mia incisione una ulcera allungata con fondo scavato, margini sottominati e sinuosi, con granulazioni asfittiche di colorazione livida. Essa era bagnata da un pus giallo tenue misto a grumi caseosi. Mi convinsi che si trattava di uno scrofuloderma tipico e per rendere ancor più sicura la mia diagnosi volli fare un esame batteriologico dell'interno dell'infiltrato e riscontrai infatti pochi, ma ben evidenti bacilli tubercolari.

La cura che condusse a guarigione l'ammalato consistette nello scucchiaiamento ed escisione del tessuto tubercolare dell'ulcera e in una terapia iodica e ricostituente dal lato medico, che fu completata da elioterapia e permanenza di un mese al mare.

Ero ancora sotto l'impressione di questo caso clinico veramente istruttivo quando mi capitò all'ambulatorio una donna, R. C., di anni 30, coniugata, senza figli, di Buggiano (2° *caso*), che presentava una cisti tendinea con gli stessi identici caratteri semiologici della precedente.

Preoccupato però dal decorso e dalla natura dell'altro caso di cisti teno-sinoviale operato, sebbene tacesse l'anamnesi familiare, messo in sospetto nei riguardi dell'anamnesi personale, per una osteite di natura indeterminata sofferta in gioventù, volli stabilire una cura generale preventiva iodo-arsenicale. Dopo di questa praticai l'atto operativo curando questa volta di causticare con tintura di iodio il moncone di resezione della cisti tendinea. Suturata la cute applicai una piccola doccia palmare per immobilizzare l'articolazione del polso.

Tenni tale apparecchio 15 giorni. Appena lo tolsi constatai la guarigione perfetta che si è mantenuta fino ad oggi (2 mesi di distanza).

A questi due casi, *en passant*, ne aggiungerò un terzo, però non operato, costituito da una signorina, Ida R., di anni 23, di Firenze, che presentava da diversi anni una cisti artrosinoviale del polso, grossa come una nocciola, indolente, aflegmasica.

Avanti di operarla volli procedere ad una

visita generale dell'ammalata, colpito dall'estremo pallore e deperimento. Constatai infatti i segni di una lesione catarrale dell'apice polmonare destro.

Sconsigliai però l'operazione e proposi una cura ricostituente attendendo un miglioramento delle condizioni generali per l'intervento.

Disgraziatamente non ho avuto più notizie di questa ammalata, ma ciò nonostante rimane accertata in essa la coesistenza di una lesione bronco-polmonare con tutto l'aspetto di lesione specifica con una cisti sinoviale del polso.

I casi suesposti hanno, a mio parere, un'importanza indiscutibile nell'etiopatogenesi delle cisti sinoviali del polso. Infatti fino ad ora si era invocata la tubercolosi nel loro determinismo, basandosi soltanto su fattori clinici indubbiamente non trascurabili. Basta a questo riguardo leggere i casi di Murard, Tixier, Bou-Hanna, che si riferiscono su ammalati con lesioni sicuramente tubercolari (meningite tub., polmonite tub., peritonite, ecc.), che ebbero anche cisti del polso. Si tratta quindi solo di coesistenza di due lesioni (come nel mio 3° caso); non si può giurare su una interdipendenza sicura. Invece ultimamente prima Cotte poi H. Gougerot sono riusciti a tubercolizzare la cavia con iniezioni di liquido delle cisti sinoviali dando un appoggio sperimentale molto valido alla teoria della loro natura tubercolare. Questa natura resulta poi indubbia nel mio primo caso. Oltre al fattore anamnestico che ci pone in presenza di un figlio di un tubercoloso, c'è la prova sicura batteriologica e clinica della natura tubercolare della lesione. Il liquido conteneva all'esame microscopico linfociti, cellule endoteliali e, quello che è molto importante, abbondanti polinucleari neutrofili, che, come sappiamo, sono sempre presenti nelle lesioni tubercolari di vecchia data. Non riscontrai invece in esso quei bacilli tubercolari che invece non mancarono nel materiale raccolto dal fondo dello scrofuloderma. Questo scrofuloderma si era sicuramente sviluppato sul terreno tubercolare prima chiuso entro la ciste, poi aperto dall'operazione chirurgica, di modo che era stata facile la sua estrinsecazione attraverso la pelle. Sappiamo infatti che lo scrofuloderma (Doutrelepont) si sviluppa in dipendenza di processi tubercolari di origine sottocutanea (ossa, ghiandole od altro) che tendono ad esteriorizzarsi attraverso un assottigliamento prima, un'usura poi della cute. Quello che conta insomma per noi è che la pelle è colpita secondariamente (Unna).

Infatti da principio è ancora mobile, ma quanto più si fondono insieme i focolai sottocutanei, tanto più essa si fa aderente, sottile e di color paonazzo (Kaufmann). Concludendo, nel mio caso si trova una lesione sicuramente tubercolare (scrofuloderma con reperto positivo di bacilli) secondaria ad una cisti teno-sinoviale chirurgicamente operata, in un individuo eredotubercolare, con tare personali specifiche, che è guarito con le cure antitubercolari (iodio, elioterapia, bagni di mare). Con questo non credo, come dice Gougerot, di « conclure que les kystes du poignet sont toujours tuberculeux ». Però è certo che, constatato ormai sicuramente che in diversi casi questa etiologia è sicura, va presa sempre in considerazione nei riguardi della cura, della prognosi e della profilassi famigliare. In questo senso si esprime in modo molto chiaro il professore Tixier di Lione quando dice che « la cisti del polso è un segnale d'allarme e, lungi dal considerarla un'affezione banale senza nessuna importanza, è bene di sorvegliare l'evoluzione e di trattarla in modo razionale ». È per questo che nel mio secondo caso istituii una cura generale iodo-arsenicale preventiva ed eseguii l'atto operatorio quando l'organismo si trovava ancora sotto l'azione benefica dei medicamenti. Ed immobilizzai altresì l'articolazione del polso per evitare sia eventuali « poussées » infiammatorie, sia la rigidità od altri incidenti che si verificano non di rado in simili casi. Ottenni la guarigione completa e duratura. Come agisce ora, ci domandiamo, la tubercolosi nelle cisti sinoviali del polso? Nel mio caso c'è stata un'azione locale diretta del bacillo di Koch. Infatti esso uscendo dal punto di resezione della cisti, ha secondariamente prodotto uno scrofuloderma.

Quindi azione diretta locale. Non va però, a mio modo di vedere, trascurata anche l'importanza che può avere un focolaio tubercolare che anche da lontano può agire con le toxine circolanti. È istruttivo in questo senso un caso di Murad, di una malata di 32 anni, che ebbe una cisti sinoviale del polso dopo (in conseguenza quindi?), un'adenite sottoclavicolare ed un'adenite tubercolare sofferta nell'infanzia. Quanto al genere della lesione tubercolare rappresentata dalle cisti sinoviali del polso, gli autori francesi la farebbero rientrare nel quadro delle *sierositi tubercolari* delle quali Landouzy, Poucet, ecc., ed in genere la scuola di Lione si sono occupati in modo così profondo da rivoluzionare l'etiologia delle pleuriti siero-fibrinose acute dette essenziali « a frigore » e che, secondo i suddetti autori sarebbero niente altro che dei casi particolari di *reumatismo tubercolare*. Riguardo alla *cu-*

ra delle cisti sinoviali è interessante quanto dice J. Murard che sostiene la necessità di trattarle come una vera malattia articolare. « Senza dubbio, scrive il suddetto autore, l'immobilizzazione combinata all'elioterapia, alla tintura d'iodio e a qualche piccola punteggiatura col galvano cauterio potrebbe bastare qualche volta a far sparire una piccola cisti in una ammalata impaurita dall'idea di una cicatrice anche piccola. Ma ben più spesso il trattamento di elezione è *l'estirpazione*. Niente di notevole è a riferire sulla dissezione della cisti, la legatura del suo peduncolo, la pennellatura della ferita con la tintura d'iodio. Quello che noi vogliamo ben fissare è che il trattamento post-operatorio deve essere condotto come quello di un'artrite. Bisogna immobilizzare il polso in una piccola doccia, la mano un po' rialzata con le dita libere. Questo piccolo apparecchio lungo circa 18 centimetri sarà lasciato in posto una quindicina di giorni; dopo i movimenti saranno ripresi. Ma bisognerà consigliare l'applicazione prolungata di un piccolo apparecchio di sostegno in cuoio. Questo apparecchio sarà obbligatorio per tutti quelli che richiedono molta forza e resistenza al loro polso.

Dalle considerazioni che sono andato facendo sull'etiologia delle cisti teno-sinoviali ed artro-sinoviali del polso, e dall'esposizione del mio caso clinico appoggiato dagli altri francesi, risulta chiara l'importanza etiologica della tubercolosi nel loro determinismo. Ammesso questo si possono trarre le seguenti

CONCLUSIONI D'INDOLE EMINENTEMENTE PRATICA:

1° *Dal lato prognostico.* — In tutti i casi di cisti sinoviale del polso sarà bene pensare alla tubercolosi incipiente e ricercare accuratamente i dati anamnestici famigliari e personali dell'ammalato e visitarlo con minuzia prima di pronunziarsi sulla benignità della lesione ed istituire una cura chirurgica o medica. Sarà anche opportuno ricercare nell'ammalato se esistano eventualmente focolai tubercolari a distanza che aggraverebbero la nostra prognosi.

2° *Dal lato curativo.* — Istituire una cura preventiva che influisca beneficamente sulle condizioni generali dell'ammalato, ove queste sieno scadenti e lascino il dubbio di un'ancora incipiente e non obbiettivabile infezione specifica. Dal lato chirurgico curare la cisti sinoviale come consiglia J. Murard alla stregua di una vera malattia articolare. Quindi immobilizzazione, per almeno quindici giorni, del polso.

Sarà anche consigliabile di causticare con tintura d'iodio il moncone di resezione della sacca cistica dopo la sua sutura.

Pescia, novembre 1921.

BIBLIOGRAFIA.

E. FORGUE. *Patologia chirurgica.* Editrice Libraria Milanese, vol. I.

E. RIECKE. *Malattie della pelle.* Editrice Libraria Milanese.

E. KAUFMANN. *Anatomia Patologica speciale.* Vallardi.

J. MURARD. Presse médicale, 15 maggio 1920, n. 31.

C. BOU-HANNA. Thèse de Lyon, aprile 1920.

LANDUZY et SALIN. *Arthrites séreuses bacillares expérimentales. Contribution à l'étude pathogénique.* Revue de médecine, novembre 1920, n. 11.

H. GOUGEROT. *Kyste sinovial et tubercolose.* Paris médical, ottobre 1921.

Di un gravissimo caso di artrite gonococcica suppurata

per il dott. MERLINO BASILIO.

Credo utile illustrare un caso di artrite radio-carpica sinistra acuta blenorragica purulenta per le modalità del decorso non comuni e per la eccezionale gravità.

R. Angelo, di ani 25, da Alcamo, possidente, di sana e robusta costituzione, esente da tare ereditarie. Nel settembre del 1920 si contagiò di uretrite blenorragica; si rivolse per la cura ad un farmacista, che gli consigliò e vendette dei farmaci per irrigazioni. Importanti affari agricoli lo costrinsero ad eccessivi affaticamenti, dopo di che esordì febbre alta, preceduta da brividi, dolenzia agli arti e alle articolazioni specialmente.

S'immaginò al principio una febbre a tipo reumatico, ma l'aggravamento delle condizioni generali del paziente, la concomitante uretrite guidarono sul retto sentiero diagnostico, e la causa setticemica della febbre fu tosto affermata. La febbre che nei primi giorni era intermittente, divenne poscia remittente.

Recente è la nozione della diffusione nell'organismo per opera dell'agente gonococcico. Riferisce il dott. Renault (1):

« Il primo lavoro complessivo sull'infezione « setticemica data dal 1893, ed è dovuto al « dott. Souplet. Ma allora egli aveva basata « la sua dimostrazione soltanto sui fatti clini- « ci: la prova batteriologica mancava; poi le « osservazioni si sono moltiplicate, ed il gono- « cocco ha potuto essere dimostrato Arturo « Ward di Londra riferisce, in base ad osser-

« vazioni statistiche. che l'infezione generale « non apparirebbe che nel 0,6 % ».

Ma era necessario dimostrare che il gonococco era responsabile di queste tragiche evoluzioni. La seminazione di 20 a 30 centimetri cubi di sangue su di un terreno adatto ne ha fornito la prova; si è trovato nella cultura con tutta evidenza il gonococco.

Oettinger, Pier Louis Marie e Morancé nel 1914 comunicarono un caso di setticemia gonococcica senza che in precedenza sia esistito il minimo scolo uretrale. Lo scrivente ha osservato con gran frequenza il gonococco nelle artriti blenorragiche croniche e subacute all'estremità distali degli arti, specialmente superiori.

Nel R. Angelo dopo pochi giorni si notò una tumefazione all'articolazione radio-carpica, tumefazione il di cui volume e dolorabilità aumentava, ogni qual volta il paziente praticava delle irrigazioni uretrali, o lo scolo del meato urinario diminuiva. La tumefazione del polso diventò ben presto fluttuante, tanto che l'egregio specialista che lo curava, ritenne opportuno praticare un'incisione sulla faccia dorsale del polso ed una contro apertura cubitale. Da questo intervento l'infermo risentì poco giovamento, anzi le condizioni locali e generali si aggravarono talmente, da richiedere una nuova e più profonda operazione. Questa fu pure praticata dal curante, e consistette in una larga incisione dorsale, spinta fin entro la articolazione, in raschiamento ed in contro aperture. Contemporaneamente venivano praticate le più svariate cure antisettiche locali e generali, sotto forma d'impacchi, d'immersioni prolungate, di irrigazioni, d'iniezioni di elettrargolo, di siero vaccino polivalente antigonococcico, di fenolipoidi, ed in ultimo di auto vaccino.

Nel pus, estratto colla prima apertura, fu trovato il gonococco in cultura pura. Si viene con ciò a confermare, che l'origine delle metastasi gonorroiche non è da attribuirsi ai veleni prodotti dal gonococco, ma al gonococco stesso.

La ricerca data dall'emocultura fu negativa: si potrebbe a parer mio attribuire tale fatto all'isolamento del processo piemico all'articolazione, ma immagino che se si fosse praticata la suddetta ricerca in un primo tempo il responso sarebbe stato positivo. Nulla notasi a carico dell'apparato cardiovascolare.

Malgrado le cure dianzi riferite, le condizioni locali peggioravano; l'edema flogistico si estendeva fin sopra il gomito, i dolori erano atroci, le febbre persisteva altissima e mai più intermittente come i primi giorni, e le condizioni generali erano divenute allarmanti per il rapido dimagramento, per il colorito terreo, per i sudori profusi, per l'insonnia e le agitazioni, ecc. La dolorabilità diminuiva soltanto con la somministrazione di aspirina. Allora il prof. Parlavecchio dichiarò in consulto, che la ragione del persistere dei fatti settici così gravi generali e locali, dovesse ricercarsi nell'invasione di tutto il dedalo delle articolazioni del carpo, e che non si potesse attendere alcun miglioramento senza la distruzione radicale di tutti i focolai dell'infezione. Il consiglio fu accettato dopo molte esitazioni e dopo perdita considerevole di tempo, cosicchè il Parlavecchio intervenne, quando le condizioni dell'infermo erano assolutamente allarmanti.

Sotto anestesia generale egli praticò la asportazione degli estremi articolari inferiori del radio e del cubito, nonchè di tutte le ossicine del carpo, asportando accuratamente tutti i tessuti infiltrati, compresi alcuni tendini estensori più o meno necrotici.

La vasta perdita di sostanza, previa emostasi, venne zaffata, e le cure detersive locali vennero affidate all'egregio dott. Madonia.

Dopo due giorni di miglioramento si presentò un ascesso alla regione volare dell'avambraccio, ascesso che venne subito aperto, e messo in comunicazione con la grande ferita radio-carpica.

Seguirono giorni d'incertezza, e bisognò lottare contro le insistenti richieste dell'infermo, il quale voleva disarticolato il braccio. Gradatamente però il miglioramento cominciò a stabilirsi, e con la inevitabile lentezza condusse alla guarigione.

Durante il periodo, che va dall'intervento radicale alla guarigione completa, e che durò circa quattro mesi, non mancarono complicazioni di ogni genere, e cioè intestinali, riacutizzazione della blenorragia, prostatite, cistite del collo, ecc., complicazioni che volta a volta vennero vinte. Ora lo stato generale dell'infermo è ridiventato florido, e la riparazione dell'orribile perdita di sostanza del pugno, si è fatta in maniera superiore ad ogni aspettativa. Infatti le granulazioni di cattiva natura, frolle, ipertrofiche, giallastre, coperte di patina, dense e facilmente sanguinanti, adagio adagio cedettero il posto alle granulazioni buone, le quali colmarono gradatamente il vuoto assai largo, rimasto dalla distruzione dello scheletro non solo, ma a poco alla volta andarono avvicinando gli estremi distanti delle ossa dell'avambraccio alle basi dei meta-

carpi, ed ora non resta a testimoniare di tutta quella distruzione altro che una striscia di cicatrice traversale.

Man mano che i processi ricostitutivi progredivano, regrediva l'edema imponente dell'avambraccio e della mano, per sparire poi anch'esso completamente.

Allo stato attualmente la mano un po' attivamente ed un po' più passivamente può flettersi ed estendersi sull'avambraccio; la flessione della mano e delle dita si compie quasi normalmente, mentre invece ne è danneggiata l'estensione in conseguenza della distruzione dei tendini.

Si è consigliato all'infermo un apparecchio ortopedico, simile a quelli che si usano nelle paralisi del radiale, giacchè per la ricostituzione plastica dei tendini distrutti, si deve attendere almeno un anno per evitare complicazioni da microbismo latente. Il caso è notevole per la febbre, che divenne dopo pochissimi giorni remittente, mentre il Lenhartz e qualche altro autore scrivevano che nelle infezioni generali gonococciche a tipo piemico o setticemico la febbre è sempre intermittente, per l'intensità della virulenza, per l'esito in suppurazione, per l'assenza di fenomenti endocarditici, per gli ascessi sottocutanei che ne derivarono anche durante il periodo di convalescenza, nonchè per mancanza di eruzioni cutanee diverse: chiazze purpuriche rosee, erpete o eritema profondo, comuni nella setticemia blenorragica.

In questi ultimi tempi si cerca di diffondere la teoria di alcuni chirurgi americani, che attribuiscono il *primum movens* di metastasi gonorroiche articolari alle vescicoliti e prostatiti blenorragiche, postume alle infezioni uretrali. Sicchè si consiglia di ricorrere alla vescicolotomia e prostatomia od anche alla vescicolectomia o prostatectomia ogni qual volta si tratti di manifestazioni artritiche blenorragiche.

L'idea non sembra scevra di errori, poichè se è vero che nell'uretrite ascendente dell'apparato genitale maschile la prostata e le vescicole seminali sono delle stazioni importanti a conoscersi, poichè una volta infette. costituiscono dei processi cronici di difficilissima guargione, non bisogna però attribuire esclusivamente a questi il *primum movens* di fatti artritici. Quante prostatiti e vescicoliti decorrono senza la benchè minima compartecipazione dell'epididimo al processo morboso? Non solo, ma quanto si ammette per la prostata bisognerebbe allora anche supporre per la ghiandola di Cooper, per le ghiandole del Littré, per gli spazii lacunari, i quali ultimi terminando a fondo cieco ed avendo un decorso quasi parallelo a quello dell'uretra peniena a verga pendula, sono difficilmente aggredibili dalle sostanze medicamentose, iniettate.

D'altro canto è logico pensare, che in seguito ad una prostatectomia o vescicolectomia, il processo gonorroico articolare debba seguitare a sussistere, poichè tanto i gonococchi, quanto altri microrganismi patogeni nella sinoviale e nelle cartilagini d'incrostazione trovano le convenienti condizioni per lo sviluppo.

Quante artriti, causate dallo *streptotrix buccalis*, persistono anche dopo l'estirpazione di denti cariati, e quante altre consecutive a processi settici amigdaloidei, tormentano gli infermi anche dopo l'ablazione della tonsilla!

Come e perchè in certi individui le infezioni blenorragiche trovano le condizioni di sviluppo tali, da diventare croniche ed invadere le articolazioni, ed in altri no? Il fenomeno per me si potrebbe spiegare in diverse maniere: o ammettendo l'ipotesi che negli uricemici il gonococco trovi migliori e più adatte condizioni per lo sviluppo, come fin dal secolo scorso parecchi venereologi affermavano, o immaginando in base alle leggi dell'immunità che il discendente di diverse razze, che per il passato soffersero infezioni gonococciche, possegga degli anticorpi antigonococcici, in maggior numero, e d'aver quindi conferiti maggiori poteri di difesa, o supponendo infine una speciale predisposizione anatomica.

La seconda mia ipotesi sembrerà troppo azzardata, ma non credo sia da scartarsi senza un'attenta riflessione.

Se se constata infatti quasi sempre che una reinfezione gonococcica non dà la sindrome acuta della prima infezione, se l'odierno progresso siero vaccino terapico c'induce ad adottare come siero o vaccino curativo anche l'antigonococcico, credo giustificata la mia concezione.

---

(1) RENAULT. *Malattie delle vie urinarie.*

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale Civile di Venezia
Divisione Chirurgica II
diretta dal prof. Davide Giordano.

I metalli colloidali nella cura del cancro

per il dott. Guido Carisi, assistente.

Intendo riferire sulla terapia metallo-colloidale, sperimentata in questa divisione chirurgica, su quello stadio della cancerosi dell'utero, che si suole appellare inoperabile.

E' uno stadio solitamente abbandonato al destino, che è sempre crudele ed inappellabile nella sua sentenza. Stadio tristissimo, breve nel suo giro, anticamera della morte, nel quale il medico con una sola parola pietosamente ingannevole può far sorgere ad un'anima il barlume della speranza, nel quale il medico ad una sofferente che ancor si illude di sperare, può, con un solo cenno sfuggito, scoprire il baratro del precipizio.

Sono donne, nel fiore della vita, dimagrite, cachettiche, che rivelano al primo vederle il loro grande male, sono giovani donne ancor ben nutrite, di aspetto sano, che a noi vengono qualche volta sfiduciate, quasi sempre fiduciose, in cerca di aiuto.

E' su questi soggetti ch'io ho posato la mia attenzione e che ho sperimentato la cura dei metalli colloidali.

Precisamente dieci anni fa — il 21 dicembre 1911 — F. Keyser, A. von Vassermann, M. Vassermann, pubblicarono sulla *Deutsche Medizinische Vochenschrift* un loro accuratissimo lavoro sul cancro del topo, lavoro preciso, chiaro, sicuro, che aperse ai chirurghi in pena per la terapia del terribile morbo, un campo vastissimo di ulteriori ricerche e scoperte.

Scopo del lavoro in parola era quello di determinare, se possibile agire efficacemente sopra i tumori, servendosi delle grandi vie circolatorie.

Gli AA. si erano rivolti per ciò ai sali di selenio, che, unitamente alla eosina, iniettavano nella vena caudale dei topi.

Essi avevano rivolto la loro attenzione ai sali di selenio (seleniato di soda), essendo questi un reattivo della cellula vivente. Infatti una soluzione di seleniato di soda, messa in presenza di quest'elemento istologico, si precipita nell'interno della cellula sotto forma metalloidica, e si fissa specialmente sul nucleo; è perciò nucleotropa e può così distruggere i parassiti che vi si trovano.

Prendendo inspirazione dai classici lavori di Ehrlich sulla chemioterapia, i predetti autori conclusero dalle loro esperienze, che il selenio doveva portarsi di preferenza sulle cellule giovani in via di moltiplicazione, quali le cellule cancerigne. I primi risultati ottenuti furono davvero sorprendenti, e lasciarono sperare risultati assoluti. Infatti, i su detti autori riuscirono a far fondere e scomparire i tumori spontanei od inoculati di migliaia di animali.

Frattanto seguendo il concetto e l'indirizzo di Keyser e dei Wassermann, Borrel, Bridé e Cernovodeanu ottennero la necrosi completa delle masse neoplastiche, iniettando trisolfuro d'arsenio, Izar iniettando dello zolfo; mentre di nessun giovamento si mostrarono l'Atoxil ed il Salvarsan sperimentati da Nassetti e da Becke.

Si trattò allora di applicare la scoperta all'uomo. Ma nell'uomo le condizioni non erano più le medesime.

Mentre negli animali è assai facile osservare tumori, regredire spontaneamente per cause la cui essenza ci sfugge, ed in piccoli animali, quali, p. e., i topi, svilupparsi delle neoplasie grosse quanto un'avellana, e cioè enormi in rapporto al volume degli animali stessi, senza provocare alterazioni spiccate, nell'uomo invece, i tumori raramente abbiamo notato regrediscano spontaneamente e raramente pure abbiamo notato assumano volume enorme, annullando essi in breve, per decadimento organico spiccato la vita di chi ne è affetto.

Girard Mangin nel *Bull. de l'Association française pour l'étude du cancer*, gennaio 1914, p. 37, ha con una serie brillantissima di esperienze dimostrato il grado di tossicità degli essudati cistici, pleurali ed ascitici d'origine cancerigna, che in poche settimane uccidono per iniezione gli animali da laboratorio. D'altra parte i sali di selenio sopportabili senza reazioni evidenti dagli animali, costituiscono in dose attiva un veleno temibile per l'uomo.

Il tutto era di contornare la difficoltà rivolgendosi alla forma colloidale del selenio, che ha il vantaggio di presentare un tasso sufficiente in metalloide con una tossicità ridotta. Dal selenio colloidale ai metalli colloidali in genere, il passo era breve, e fu rapidamente fatto.

Così J. Gaube de Gers, per primo, sistematicamente sperimentò l'azione necrotizzante sui tumori del rame colloidale e Nemberg, in collaborazione con W. Gaspari e H. Löhe, provò l'azione dei preparati colloidali di stagno, piombo, arsenico, antimonio, vanadio, mercurio, rame, cobalto, argento, oro, platino, iridio, rutenio, osmio, palladio, radio, con dosi variabili.

Secondo le esperienze di controllo sul topo e sul coniglio, non si arriva ad uccidere codesti animali di laboratorio, persino con iniezioni a dosi forti e ripetute per lungo tempo. Tutto al più si può constatare, sacrificandoli, un poco di congestione del polmone, del rene e del fegato, lesioni del resto senza importanza, e che si risolvono spontaneamente colla guarigione. Bisognerebbe quindi iniettare dosi altissime di soluzioni colloidali nell'uomo per provocare i medesimi disturbi.

I risultati ottenuti nell'uomo dai singoli sperimentatori furono invero molto discordanti. Io ho limitato le mie prove al rame ed al selenio colloidali, per la loro ottima preparazione, e per il fatto che, il secondo in ispecie, realizza perfettamente le vedute sopra espresse di Keyser e Wassermann.

Mi sono servito di prodotti fornitimi dalla Casa Zambeletti.

Entrambe le soluzioni sono trasparenti e dotate di una leggiera opalescenza (fenomeno di Tyndall) che denota la loro natura colloidale. Essendo colloidali, esse sono anche fluorscenti e non abbisognano di altra aggiunta, per essere estremamente diffusibili nell'organismo. Esperienze di Duhamel hanno dimostrato che esse, iniettate nelle vene, si ritrovano in quasi tutti gli organi e si eliminano poi per l'urina. Altre esprienze pure di Duhamel hanno assicurato la loro perfetta innocuità anche a distanza di tempo.

Le mie constatazioni si basano sopra 11 casi:

1° Tre casi di epitelioma della porzione vaginale, del tipo pavimentoso (Numeri 9211, 9781, 10003).

2° Tre casi di epitelioma dl canale cervicale, del tipo cilindrico (Num. 9327, 9427, 9888).

3° Cinque casi di epitelioma del corpo dell'utero, del tipo cilindrico (Numeri 9376, 9626, 9808, 9846, 9923).

In tutti questi casi, la diagnosi di cancro inoperabile era indiscutibile. L'esame fisico diretto, che dimostrava in ogni caso tumori vastamente ulcerati, con invasione delle pareti vaginaii e dei parametri, con fissità nel bacino, era suffragato da tutti i sintomi clinici caratteristici. E cioè: nei primi sei casi, da emorragie abbondanti, da perdite rosse fetide, da dolori incessanti al bacino, irradiantisi ai lombi e lungo il decorso degli sciatici, da stato di cachessia assai spiccata; negli altri cinque casi, da emorragie, da perdite sierose o sieropurulente, dalla intensità dei dolori.

Inoltre la certezza del cancro era stabilita dall'esame istologico dei frammenti.

Ecco brevemente i risultati ottenuti:

Nei casi 9211, 10003 (epiteliomi della porzione vaginale, a tipo pavimentoso) illusione, dopo un mese circa di cura, di qualche miglioramento, consistente sopratutto in un rialzamento dello stato generale, in un aumento sensibilissimo del peso, in un miglioramento delle funzioni digestive, in un arresto delle emorragie (persistenza del dolore). Breve illusione dissi. Conseguente precipitazione, senza tregua alcuna, inesorabile, sino alla fine.

Nei tre casi 9376, 9008, 9923 (epiteliomi del corpo dell'utero, del tipo cilindrico) riduzione sensibilissima, in un periodo di cura variante dai trenta ai quaranta giorni, della massa tumorale, soppressione delle sofferenze da principio insopportabili, riduzione della secrezione sierosa o siero-purulenta, abolizione delle emorragie, e, come nei casi su accennati, ritorno definitivo allo stato iniziale.

Questo è quanto io sono riuscito ad ottenere.

Risultati dunque negativi, se non si voglia fare eccezione per il fenomeno dolore, durante breve tempo abolito, e, che io non so, se più attribuire alla terapia metallo-colloidale, od al fattore psichico-suggestivo.

In tutte le mie pazienti, circa un'ora dopo della prima iniezione, si produsse un brivido abbastanza violento ed un elevamento termico, variante dal mezzo grado al grado e mezzo. Nessuna reazione notai solo nei casi 10003, 9376, in cui si trattava di soggetti ancor nel fiore degli anni, a nutrizione ancor ben mantenuta, ed a resistenza organica visibilmente spiccata. Reazione notevolissima osservai invece nei soggetti più indeboliti.

Tutte le mie pazienti, senza eccezione, si adattarono rapidamente alla cura, mai dimostrando intolleranza.

Per finire dirò ch'io praticai alle mie malate, da principio, iniezioni a lunga ricorrenza, per poi gradatamente arrivare alle quotidiane od intermezzate da due giorni di riposo, a serie di dieci e di cinque centimetri cubici ciascuna; che in quattro casi adoperai il rame ed il selenio colloidale per via endovenosa; che in altri quattro casi adoperai i medesimi metalli per via intramuscolare; che in tre casi soltanto praticai le iniezioni direttamente nella massa neoplastica.

Le iniezioni intramuscolari non solo non mi dettero alcun risultato apprezzabile, sia pure passeggero, ma procurarono alle mie malate fatti reattivi locali assai violenti e molestissimi.

Mi sembra inutile aggiungere che la morte nelle mie sofferenti sopraggiunge entro i limiti di tempo abitualmente segnati dalla natura.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

CLINICA UROLOGICA
dir. dal prof. L. CASPER, dell'Univ. di Berlino.

Una modificazione all'uretroscopio di Valentin.

Dr. AUGUSTO CASSUTO
della R. Clinica Chirurgica di Roma.

L'uretroscopia sopratutto per la diagnosi si è ormai diffusa nella pratica.

Tra i vari uretroscopi, lasciando da parte quelli che per difficoltà di tecnica sono del dominio della pura specialità, quello di Valentin è certo di uso più semplice.

Senonchè quando alla diagnosi si voglia associare la terapia medicamentosa o chirurgica, non è possibile fare un uso razionale di questo uretroscopio, in quanto non è consentito l'uso di piccoli strumenti operatori sotto il controllo del sistema ottico. In ogni caso è necessario spostare il telescopio dopo avere identificato il punto di uretra malata e poi intervenire, ma in tal guisa l'operazione, sia essa la causticazione o l'elettrolisi di un punto di mucosa ben circoscritto, è così eseguito alla cieca.

Vi sono ben noti modelli di uretroscopi operativi per l'uretra anteriore e posteriore, ma oltre gli inconvenienti che offrono per il calibro notevole e l'uso piuttosto complicato, sono anche non indifferentemente costosi.

Avendo aumentata la distanza focale del sistema ottico nell'istrumento di Valentin, ho ottenuto che il piccolo telescopio possa essere allontanato notevolmente dall'imboccatura del tubo uretroscopico.

Il sig. Giorgio Wolf di Berlino ha introdotto negli uretroscopi di Valentin da lui fabbricati la modificazione da me studiata, che è stata presentata al Congresso Tedesco di Urologia a Vienna nel settembre di quest'anno.

L'apparecchio così costruito permette l'introduzione di qualsiasi strumentino senza che mai gli occhi debbano allontanarsi dall'oculare, e mi pare che risponda alle esigenze dell'uretroscopia operativa più precisa.

Un tubo uretroscopico più lungo, a becco Mercier e con finestra laterale di calibro non eccessivo, solo 23 Charrière, che ho fatto costruire, permette di eseguire anche l'uretroscopia posteriore facilmente.

Nel terminare questa breve nota mi preme aggiungere che l'istrumento offre immagini diritte e nitide senza un ingrandimento notevole che, come è noto, non è mai consigliabile in quanto può portare a false interpretazioni.

Berlino, novembre 1921.

IGIENE.

Bonifica umana e disinfestione idrica nel risanamento antimalarico.

Dott. M. GIOSEFFI.

Il risanamento dalla malaria di una zona limitata condotto per una serie di anni sempre secondo le stesse direttive e dalla medesima persona equivale ad una prova sperimentale di cui riesce importante conoscere l'esito.

È per questa ragione che mi sembra utile completare brevemente la nota riportata nel fascicolo 4 di questo periodico con i risultati ottenuti durante la campagna antimalarica nel 1921. Questi si possono riassumere così: nessuna infezione primitiva, nessuna recidiva nei bonificati durante l'inverno e la primavera, pronta guarigione delle recidive comparse durante la stagione estivo-autunnale.

Le poche recidive microscopicamente accertate durante l'annata si riducono a: 2 terzane primaverili nel maggio; 5 terzane primaverili nel giugno; 4 terzane primaverili ed 1 estivo-autunnale nel luglio; 2 terzane primaverili nell'agosto; 2 estivo-autunnali nel settembre; nessuna nell'ottobre e novembre. Complessivamente 16 recidive (14 terzane miti e 2 estivo-autunnali).

I casi osservati si sono limitati prevalentemente ad alcuni casolari isolati e dispersi per la campagna (Molin del Rio, Monte Rosso, Gerbina, S. Servolo, St. Padovan); 5 casi verificatisi in una località chiusa di 200 abitanti (Monghebbo) si riferiscono a malarici abitanti due case immediatamente adiacenti ad una stalla che era stata costante ricetto di anofele.

Il chinino consumato per la bonifica è stato in cifra rotonda di 30.000 tavolette da 0.20 gr. di cloridrato di chinina pari a 6000 gr., oltre a qualche litro di mistura Baccelli ed a 2000 gr. di sciroppo Ruspini. In media il consumo di chinino per ogni soggetto da bonificarsi è stato di circa 60 gr.

Incidentalmente osserverò che un giovane malarico non appartenente alla zona, proveniente da Monfalcone, non ostante la splenectomia subita nell'Ospedale provinciale di Pola, presentava anche dopo mesi parassiti terzanari nel sangue con o senza accessi febbrili, non ostante consecutive cure intense anche a base d'iniezioni endovenose di chinino. Il malato fu ricoverato poscia anche nella Clinica Medica di Pisa.

Due infezioni apparentemente chinino-resistenti erano determinate da infezioni paratifoidi (Parat. B. Widal 1 : 500 + + +). Per una

epidemia di febbri di stagione scoppiata nella Caserma dei RR. CC. si dovette dopo gli accertamenti clinici, microscopici ed epidemiologici, escludere la malaria ed ammettere la « febbre da papataci ».

Con l'aiuto d'un maestro di una scuola rurale (Foscolino) si è potuta costituire una piccola squadra antianofelica composta di alunni maschi e femmine di quella scuola. Furono istruiti nella cattura manuale diretta delle zanzare. Dapprincipio i ragazzini avevano incontrato delle difficoltà a penetrare nelle stalle per la diffidenza e l'ostilità dimostrata da quella popolazione allogena verso il maestro. Ciò non ostante i ragazzini andavano a gara nella cattura, perchè erano disciplinati dal maestro e si attendevano il premio loro promesso. Essendo però estranea alla psiche infantile la comprensione che l'opera loro possa avere un postumo tangibile riconoscimento da parte dell'Autorità, finirono dopo la partenza del maestro col disinteressarsi degli anofeli, anche per la difficoltà di trovarsi gl'insetti dopo il luglio, con che veniva a cessare il divertimento che provavano nella facile cattura nei primi mesi dell'annata.

Il primo anofele infetto fu catturato il 20 giugno in una stalla di Monghebbo. Complessivamente risultarono infetti tre su un complessivo di 486 catturati (=0,61 %). Gli anofeli venivano mandati per l'esame alla stazione di accertamento per la malaria presso il laboratorio di Sanità marittima a Trieste, diretto dal dott. Gustinelli.

La bonifica idrica è stata anche nel 1921, per la siccità affatto eccezionale e generale in tutta la regione, opera della natura.

CONCLUSIONE.

Con la bonifica umana e con la disinfestione idrica per opera dell'uomo nel 1919, per opera della natura nel 1920 e 1921, assieme al concorso d'una migliore alimentazione ed all'aumento del bestiame domestico, si è ottenuto in tre anni il risanamento di una zona malarica riducendo da 200, quali erano nel 1918 a 98 nel 1919, a 86 nel 1920 ed a 16 nel 1921 le infezioni malariche microscopicamente accertate, di cui nessuna primitiva e questo senza la profilassi dei sani.

Parenzo, gennaio 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

Tirotossicosi (Intossicazione tiroidea).

(BLACKFORD. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1922, n. 2).

Questo lavoro è una breve discussione intorno alla fisiopatologia, alla diagnosi precoce e al trattamento della tirotossicosi (intossicazione tiroidea).

Adenomi. — Gli adenomi della tiroide si possono distinguere in tossici e non tossici, distinzione puramente clinica perchè nessuna differenza istologica è stata dimostrata tra i due tipi e molta confusione esisteva in proposito fino a che non si è ricorsi alla determinazione del metabolismo basale che permette la diagnosi della tirotossicosi.

L'adenoma cresce lentamente e per lo più è scoperto soltanto per caso negli individui che non hanno ancora raggiunto i trenta anni e può non dare nessun sintomo tranne quelli dovuti alla compressione.

Seguita a crescere poi lentamente fino a raggiungere un volume che reca qualche disturbo al paziente; può anche rimanere stazionario per qualche tempo; difficilmente si diffonde verso il torace dietro allo sterno.

E' una questione non ancora risoluta se tutti gli adenomi possono eventualmente essere tossici. La maggior parte dei casi studiati dall'A. sono risultati tossici; e se il paziente non presentava nessun sintomo di tale intossicazione ciò dipendeva dalla sua resistenza, per cui soltanto quando gli effetti tossici si erano accumulati per qualche tempo producevano dei sintomi, analogamente a quanto avviene nella intossicazione alcoolica cronica.

I sintomi degli adenomi tirotossici sono disturbi nervosi, tachicardia, insufficienza cardiaca e fenomeni vasomotori; qualche volta anche esoftalmo ed il segno di Stellwag.

La cura dell'adenoma tirotossico consiste esclusivamente nell'asportazione chirurgica se le condizioni generali del paziente sono relativamente buone. Se le alterazioni cardiache sono gravi o se esiste una grave intossicazione allora i disturbi del cuore possono rimanere anche dopo la tiroidectomia. La legatura delle arterie è assolutamente inutile.

Il metabolismo basale ritorna immediatamente dopo asportato l'adenoma tossico, ed i disturbi cardiaci se non sono gravi guariscono o migliorano.

Sopra 4720 casi di gozzo, operati, 31 morirono in seguito all'operazione e di questi fu

fatta l'autopsia in 28 casi. Essa dimostrò che 4 pazienti di 19 anni e 2 di 21 avevano un timo molto grande; degli altri 24 pazienti che avevano tutti più di 35 anni, 22 avevano disturbi cardiaci.

In genere i casi tossici si presentavano in individui di circa 30 anni e nei quali la storia del gozzo risaliva a tre o quattro anni prima.

Gozzo esoftalmico. — Oggi l'iperplasia tiroidea del gozzo esoftalmico è da qualche A. considerato come una manifestazione di una malattia generalizzata. Tuttavia è certo che l'asportazione di una gran parte della tiroide fa scomparire i sintomi.

L'A. espone il decorso e i sintomi ben conosciuti di questa malattia ed in quanto alla cura egli dice che questa è essenzialmente chirurgica, ma che un trattamento medico può esser fatto prima e dopo l'operazione essenzialmente per ridurre il metabolismo basale, e per curare con un trattamento a base di digitale l'insufficienza cardiaca.

Sopra 2645 casi osservati, 823 avevano da 20 a 29 anni ed 814 da 30 a 39 anni, 23 morirono senza essere sottoposti ad intervento chirurgico, 92 dopo l'intervento. L'autopsia fu fatta in 19 non operati e in 67 operati.

Le capsule surrenali non mostrarono alterazioni costanti. Nei polmoni fu trovata una tubercolosi attenuata in 12 casi. Nel cuore non furono trovate alterazioni caratteristiche, ma nei casi di lunga durata fu osservata una miocardite cronica con ipertrofia e dilatazione. Il timo era presente in tutti i pazienti morti al disotto dei 40 anni e in un terzo di quelli morti sopra i 40 anni.

Quello che è importante osservare tanto per i casi di adenoma quanto per quelli di gozzo esoftalmico si è che le morti post-operatorie si sono verificate per più della metà in individui i quali presentavano i segni della intossicazione tiroidea da più di un anno per il gozzo esoftalmico e da più di tre anni per l'adenoma.

Da questo studio l'A. deduce: 1° L'importanza della diagnosi precoce della tirointossicazione, perchè quando si asportano gozzi non tossici o leggermente tossici la mortalità operatoria in mani sperimentate è zero. 2° I disturbi cardiaci nei malati affetti da gozzi tossici costituiscono una controindicazione all'intervento operatorio, a meno che non migliorino con un trattamento appropriato.

LEONARDO DOMINICI

MEDICINA.

Guaribilità e guarigione di caverne tubercolari.

(C. HART. *Ztschr. f. Tuberkulose.* Bd. 35, H. 4, 1921).

L'esperienza anatomo-patologica dimostra che tra i numerosi casi di tubercolosi polmonare guarita, solo raramente è dato di constatare la guarigione di caverne con la cavità conservata; che d'altra parte il polmone nel quale esiste una caverna quasi senza eccezione presenta in altre sue parti delle lesioni specifiche più o meno gravi. Quasi sempre si può dimostrare un intimo rapporto tra i focolai tubercolari e la caverna, che si deve considerare come la fonte più importante e inesauribile di disseminazione dei germi nei polmoni.

Da tali considerazioni si dovrebbe dedurre che le caverne solo raramente guariscono e sono di solito fatali per l'infermo che ne è affetto; l'A. però crede che la guarigione completa delle caverne si verifichi molto più spesso di quanto credano gli anatomo-patologhi. Molti focolai, incapsulati da tessuto cicatriziale e contenenti delle masse simili al cemento, a calce, oppure calcificate, rappresentano secondo l'A. gli esiti in guarigione di piccole caverne: il tessuto di granulazione che argina il focolaio in sfacelo, durante il processo di raggrinzamento ostruisce il bronco efferente precocemente, quando ancora lo strato più interno della parete cavernosa è in preda alla degenerazione caseosa; la massa di detrito, ritenuta nella cavità, viene in seguito ispessita ed infiltrata di sali calcarei, mentre il processo tubercolare guarisce ed il tessuto cicatriziale si restringe sempre più intorno a tale massa. I germi contenutivi sono resi innocui e continuano per anni una « vita minima ».

Al tavolo anatomico non è possibile riconoscere in queste masse cretacee o calcaree, racchiuse da un tessuto cicatriziale color lavagna, gli esiti di un'antica caverna. In altri casi nei quali il bronco efferente rimane lungo tempo pervio, piccole caverne possono guarire in seguito al continuo vuotamento del detrito caseoso; da ultimo il processo di raggrinzamento rende impervio il bronco: si trovano allora nel cadavere delle piccole cavità (quanto un pisello) murate entro tessuto cicatriziale, a parete liscia che non presenta traccia alcuna di alterazioni tubercolari. In molti casi probabilmente il raggrinzimento ulteriore del tessuto cicatriziale e il restringimento di tali caverne guarite fanno scomparire del tutto la cavità: della caverna non rimane allora che una cicatrice. L'A. ritiene che tali piccole ca-

verne obliterate siano sempre contenute nei focolai cicatriziali piuttosto estesi che si accompagnano a raggrinzimenti della superficie e non contengono masse cretacee.

Le caverne più grandi possono anch'esse guarire, ma molto più raramente di quelle piccole. Una tale cavità tanto più difficilmente potrà venire obliterata dal processo di raggrinzimento cicatriziale o di proliferazione reattiva, quanto più è compromessa la pleura; le aderenze pleuriche inibiscono il raggrinzamento necessario all'obliterazione. In ogni modo, delle caverne grandi possono talvolta impicciolirsi in seguito ai processi di retrazione cicatriziale, ed è probabile che le caverne a parete liscia, vuote, che all'esame istologico mostrano delle alterazioni tubercolari soltanto nella loro zona interna, siano state originariamente molto più grandi di quanto si riscontrano nel cadavere. La prognosi della tubercolosi è sempre molto grave quando esiste una caverna piuttosto grande, non deve però essere per questo assolutamente infausta. Anzitutto, secondo l'A. anche le caverne grandi possono venire rimpiccolite in seguito ad un processo che tende alla guarigione. In secondo luogo, e ciò è confermato dalle autopsie, la presenza nel polmone di una grande caverna con la parete in degenerazione caseosa talvolta non si accompagna che a minime alterazioni nelle altre parti dei polmoni: talvolta queste alterazioni mancano del tutto e la caverna rappresenta l'unica lesione del polmone. Se in generale si può dire con sicurezza che la caverna costituisce il focolaio più grave di disseminazione di germi nel tessuto polmonare, pure esistono delle eccezioni e di queste si deve tener conto nel formulare la prognosi.

Da ogni caverna si disseminano dei bacilli nelle altre parti dei polmoni: questi germi però attecchiranno o periranno a seconda della loro virulenza, delle condizioni respiratorie del segmento polmonare infettato, delle condizioni generali dell'organismo. Quanto più a lungo ha sussistito una caverna senza che il processo tubercolare si sia esteso, tanto più si dovrà ammettere una discreta resistenza del tessuto polmonare e una tendenza del focolaio a incapsularsi: la prognosi non sarà più tanto cattiva. In tali caverne i bacilli a poco a poco si attenuano e talvolta finiscono col condurre una vita saprofitica. Alcune caverne che tendono ad incapsularsi ed hanno una parete rigida, possono non partecipare affatto agli scambi respiratori, nonostante il bronco efferente sia pervio (la parete della caverna è tenuta costantemente stirata dal tessuto vicino): da queste caverne i bacilli tubercolari non vengono disseminati in altre parti del polmone, e a causa della scarsezza di ossigeno perdono la loro virulenza. Le caverne tubercolari, se la propagazione del processo specifico non è rapida, costituiscono un focolaio dal quale a poco a poco l'organismo può ottenere una specie d'immunità in seguito all'assorbimento continuato di tossine e di germi: di tale immunità usufruisce in special modo il tessuto polmonare vicino alle caverne.

POLLITZER.

CHIRURGIA.

Chiusura dell'addome senza drenaggio dopo la colecistectomia e la coledocotomia.

(RICHTER. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1922, n. 2).

L'A. ritiene inutile lasciare il drenaggio dopo queste operazioni come non lo si lascia dopo l'appendicectomia o dopo una sutura di un'ulcera gastrica o duodenale perforata. Le operazioni sulle vie biliari sono analoghe a quelle sul tubo gastro-intestinale in quanto che la pulizia peritoneale può essere completata in modo perfetto, e su quelle intestinali hanno il vantaggio di avere a che fare con un materiale meno infettante.

Egli infatti dal 1915 non lascia il drenaggio se non in casi speciali.

Colecistectomia. — 1° Il cistico è legato semplicemente con catgut molto fino. La doppia legatura ed il materiale inassorbibile sono dannosi oltre che inutili perchè la tensione massima della bile è sempre minore della pressione sanguigna di una piccola arteria.

2° La legatura è sufficiente: è illogico ed inutile coprire il moncone col peritoneo o in altro modo.

3ª La superficie epatica lasciata dalla cistifellea asportata non richiede che un tamponamento emostatico temporaneo durante i tempi successivi all'operazione: la sua peritonealizzazione costituisce uno spazio morto dove si raccoglie sangue e scarsa bile e rappresenta una causa di forti aderenze consecutive.

4° La fuoriuscita di bile dalla superficie epatica è sopportata perfettamente dal peritoneo.

5° Il drenaggio può rendere più facile la tanto temuta riapertura del cistico legato analogamente a quanto può succedere se si lascia un drenaggio in corrispondenza di una sutura dell'intestino; mentre invece non la-

Altre pubblicazioni a prezzo di favore per gli associati al " Policlinico ":

1) Prof. A. CIAMPOLINI

Docente di Medicina Legale degli Infortuni sul lavoro

LA TRAUMATOLOGIA DEL LAVORO NEI RAPPORTI CON LA LEGGE

Volume in-16, di 1638 pagine; in commercio **L. 32.00** più le spese di spedizione postale e di imballaggio. Per gli abbonati al « Policlinico » sole **L. 27.50** franco di porto e raccomandato.

2) Prof. G. PERRANDO

Direttore dell'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Genova

MANUALE DI MEDICINA LEGALE

Un volume in-16, di pag. XVI-916, con 273 figure originali intercalate nel testo. In commercio **L. 42** più le spese di spedizione postale e di imballaggio; per i nostri abbonati sole **L. 40** franco di porto e raccomandato.

3) Prof. LUIGI FERRANNINI.

I MEDICAMENTI USUALI

Un volume in-16, di pag. IV-214, **L. 6**, più le spese di spedizione postale e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 5.75** in porto franco.

4) Prof. RINALDO MARCHESINI **Compendio di Ematologia**

con prefazione del Prof. **VITTORIO ASCOLI.**

In commercio **L. 10** — Per gli associati al « Policlinico » sole **L. 8** franco di porto.

5) Prof. GIOVANNI PETELLA.

Le malattie del cuore secondo le vedute moderne.

Un volume in-8° di pagine VII-339, nitidamente stampato su carta di lusso, con 29 figure intercalate nel testo. In commercio **L. 22** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Pei nostri abbonati sole **L. 20.90** franco di porto e raccomandato.

6) Prof. VINCENZO GIUDICEANDREA.

L'esame degli organi del petto e dell'addome.

Volume in-16, di pag. 254, corpo 8. In commercio **L. 10** più le spese postali di spedizione. Pei nostri associati sole **L. 8.90** franco di porto e raccomandato.

7) Prof. GUIDO MENDES.

La diagnosi delle localizzazioni polmonari d'inizio della tubercolosi con speciale riguardo alle ricerche radiologiche.

Un volume in-8 grande, di 116 pagine, con una figura nel testo e 10 tavole radiografiche in carta americana. — In commercio **L. 10**, più le spese postali di spedizione; per gli associati al « Policlinico » sole **L. 8.90** franco di porto e raccomandato.

8) Prof. ALFREDO RUBINO **SEMIOTICA MEDICA**

(3ª edizione completamente rifatta ed arricchita di nuovi capitoli e di nuove figure esplicative).

Un volume in-16, elegantemente rilegato in piena tela, di pagine XV-633. In commercio **L. 15** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per gli abbonati al « Policlinico » sole **L. 14.60** franco di porto e raccomandato.

9) Prof. C. P. GOGGIA **Quesiti di Diagnostica e di Clinica Medica**

Un volume in-16, di pag. X-540, con 84 figure nel testo, elegantemente rilegato in piena tela. In commercio **L. 28** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per gli abbonati al « Policlinico » sole **L. 27.25** franco di porto e raccomandato.

10) Prof. ARTURO MORSELLI **Manuale di Psichiatria**

(2ª edizione riveduta ed ampliata)

Un volume in-16, di pag. XIX-632, con 34 figure nel testo, elegantemente rilegato in piena tela. In commercio **L. 33**, compreso l'aumento del 10 % per le spese postali di spedizione e di imballaggio. Pei nostri abbonati sole **L. 30.90** franco di porto e raccomandato.

11) Dott. C. MUZIO **Il Medico Pratico**

(5ª Ediz., completamente rifatta ed ampliata, in XIX capitoli). Un volume in formato tascabile di pag. XII-978, con 11 tavole, elegantemente rilegato **L. 28**, più le spese postali di spedizione ed imballaggio.

Per i nostri associati sole **L. 27.45** in porto franco e raccomandato.

12) Prof. E. TROMBETTA **Medicina d'Urgenza**

(Vade-mecum diagnostico-terapeutico e formulario ragionato ad uso dei medici pratici).

(2ª Ediz. interamente rifatta a cura del Dott. C. Trombetta di Edmondo). Un volume in-16 (formato tascabile), elegantemente rilegato in tela, di pagine XIV-645. In commercio **L. 18** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per gli abbonati al « Policlinico » sole **L. 17.25** franco di porto e raccomandato.

13) **" Medicamenta "** Guida teorico-pratica per sanitari (Edizione ristampa 1914-1920)

Un volume formato tascabile di pagg. XXXVI-2016, elegantemente rilegato in piena tela. In vendita presso le Librerie, **L. 35**. Pei nostri abbonati sole L. 31.90 franco di porto e raccomandato.

14) Prof. GAETANO VIALE **Quesiti di Fisiologia Umana**

Un volume in-16, di pag. 406, con 30 figure intercalate nel testo. In commercio **L. 24** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 22.50** franco di porto e raccomandato.

15) Prof. CARLO FRUGIUELE **Compendio di oftalmologia**

2ª edizione riveduta e ampliata.

Un volume in-16 di pag. 580, con 190 figure nel testo e 2 tavole a colori. In commercio **L. 25** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per gli abbonati al « Policlinico » sole **L. 22.90** franco di porto e raccomandato.

16) Prof. C. CASSIOLI **L'OSTETRICO PRATICO**

Trattato di Ostetricia improntato alla pratica con 250 figure nel testo e prefazione del Prof. ERNESTO PESTALOZZA e con appendice

Il Neonato (Igiene - Fisiologia - Patologia)

Capitolo compilato dal Prof. G. CACCIA.

Un volume in-16 tascabile, di pag. XII-452 elegantemente rilegato in tela, *L.* **22** più le spese postali di spedizione ed imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 20.75** franco di porto e raccomandato.

17) Prof. P. SCERVINI.

Compendio di Patologia e Terapia delle malattie della Bocca e dei Denti.

(3ª edizione)

Un volume in-16, tascabile, di pag. XII-314, elegantemente rilegato in tela, **L. 10** più le spese postali di spedizione e imballaggio. Per gli abbonati al « Policlinico » sole **L. 9.25** franco di porto e raccomandato.

18) Prof. ROSARIO CASCINO.

Chirurgia del grosso intestino escluso il retto.

Un volume in-8, di 606 pagine, con 50 figure e 18 tavole, prezzo **L. 40**. Per i nostri abbonati sole **L. 34** franco di porto e raccomandato.

19) Prof. ALBERTO CAUCCI. **La Chirurgia del cieco e del colon**

Volume in-8 grande, di 333 pagine, con 7 tavole fuori testo su carta patinata. In commercio **L. 20**. Per gli abbonati al « Policlinico » sole **L. 17.80** franco di porto e raccomandato.

20) Prof. ERIBERTO AIEVOLI **Quesiti di Patologia, Clinica e Terapia Chirurgica**

Un volume in-16 grande, di pagine VI-496, elegantemente rilegato in piena tela, **L. 28** più le spese postali di spedizione ed imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L 27.25** franco di porto e raccomandato.

21) Dott. ARRIGO PIPERNO **Frattura delle ossa mascellari e loro cura**

Un volume in-8, di 188 pagine con 118 figure fuori testo riprodotte su 28 tavole in fototipia. In commercio **L. 15**. Per i nostri abbonati sole **L. 14.25** franco di porto e raccomandato.

22) Prof. GUGLIELMO BILANCIONI.

La laringe e il sistema nervoso cerebro-spinale.

(Fisio-Patologia e Clinica)

Volume in-8, di circa 480 pagine, con 37 figure intercalate nel testo, prezzo **L. 18**. Per i nostri abbonati sole **L. 16** franco di porto e raccomandato.

23) Dott. MASSIMO CAMPEGGIANI.

La diagnosi della sordità nei suoi rapporti clinici e sociali.

Volume in-8 grande, di circa 100 pagine, con una tavola. In commercio **L. 4** più le spese postali di spedizione. Per i nostri associati sole **L. 3.75** franco di porto e raccomandato.

Per ottenere quanto sopra inviare cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - Roma

sciando il drenaggio la riapertura non avviene.

6° Non è però possibile chiudere in tutti i casi: conviene tamponare quando non vi è fuoriuscita persistente di sangue o di bile dalla superficie del fegato e drenare quando vi è una suppurazione intorno alla cistifellea.

7° La mancanza del drenaggio rende più corto il decorso post-operatorio ed elimina il pericolo dell'eventramento.

Coledocotomia. — L'A. dopo suturato il coledoco vi addossa una sutura siero-sierosa peritoneale ed in mancanza di peritoneo disponibile ricopre la sutura con omento.

La sutura del coledoco e la chiusura dell'addome senza drenaggio richiedono:

1° Che sia possibile la sutura siero-sierosa peritoneale.

2° Che il materiale di sutura sia finissimo.

3° Che non vi siano calcoli nè stenosi.

4° Che il diametro del coledoco permetta una doppia linea di sutura.

5° Che le pareti del coledoco non siano troppo infiltrate nè troppo rigide tanto da non permettere le manipolazioni necessarie.

L'addome non sarà chiuso quando vi è itterizia o infezioni gravi.

Sopra circa 100 colecistectomie eseguite colla tecnica suddetta l'A. ha avuto 2 morti; una morte in un individuo con cirrosi epatica, peritonite adesiva e nefrite nel quale l'operazione era semplicemente esplorativa e la vescica biliare fu asportata incidentalmente; l'altra morte avvenne in seguito a polmonite senza sintomi addominali.

In 19 coledocotomie ha avuto 2 morti: in uno vi era un ittero grave, nell'altro, che presentava anche prima dell'operazione un grave persistente vomito, questo persistette anche dopo l'operazione fino alla morte. Nessuno dei 2 malati presentò disturbi peritoneali.

DOMINICI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

XVII Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia. — Processi verbali delle sedute. — *Giubileo del prof. D. Majocchi* (Volume di pagine 666, Faenza, Tipografia sociale di Dal Pozzo e figlio, 1921).

Nella ricorrenza del 40° anniversario d'insegnamento del prof. D. Majocchi, direttore della Clinica Dermosifilopatica di Bologna, la Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia volle che la sua annuale riunione coincidesse con le feste giubilari indette da un Comitato di colleghi, allievi ed estimatori per onorare degnamente il Clinico insigne, e che gli atti del congresso fossero pubblicati in un volume destinato a perpetuare il ricordo di quel solenne avvenimento.

Il volume in parola è venuto ora alla luce in elegante veste tipografica, per i tipi Dal Pozzo di Faenza.

La prima parte è dedicata alle onoranze al prof. Majocchi delle quali demmo già a suo tempo un largo resoconto.

La seconda parte contiene gli atti del XVII congresso di Dermatologia e Sifilografia e le comunicazioni dei socî che non mai come in questa occasione sono state così numerose, interessanti ed originali.

Ricordiamo di volo, dolenti che tirannia dello spazio non ci consenta una più estesa disamina, il *pseudo-granuloma Majocchi* del prof. PINI, la comunicazione preventiva del MARTINOTTI sull'*importanza dell'eleidina nei processi patologici della corneificazione*, i lavori sulla *reazione Sachs-Georgi* di MORINI, di MARTINOTTI e BAGNOLI, di VALILLO e SCOMAZZONI; quelli di TRUFFI su di un caso di *lichen piano atrofico con localizzazioni follicolari ipercheretasiche* curato con successo mercè il Salvarsan; di PASINI sulla *tuberculide migliariforme micropapulosa*, di CAPPELLI sulla *linfadenia cutanea circoscritta*, di LOMBARDO su casi di *porocheratosi a lesioni molto scarse*, di VERROTTI su di *un caso di fagedenismo cutaneo lupiforme con deformità diverse consecutive da sifilide ereditaria*, di FONTANA sulla *inoculazione dello spironema refringens nel coniglio*, di MARIANI sulla *micosi fungoide e le manifestazioni cutanee nella linfogranulomatosi*, di REBAUDI sul rapporto fra *eruzioni medicamentose ed anafilassi*, di C. DUCREY sul *lupus volgare e poliartrite cronica deformante tubercolare* (contributo clinico e sperimentale), di MANTEGAZZA sull'*elioterapia in alcuni casi di tubercolosi cutanea*, di TOMMASI sulla *micosi fungoide*, di VALLISNIERI sui *reperti batteriologici nel pemfigo cronico*, di MIBELLI *sulla sifilide contratta in occasione di lavoro di fronte alla legge sugl'infortuni*, di BERTACCINI sul *sarcoma di Kaposi* (angio-endotelioma cutaneo), di DE NAPOLI su di un caso di *blenoderma e di poliartrite blenorragica deformante seguita da morte*, di BILANCIONI su *alcuni richiami storici sulle conoscenze intorno al senso del tatto*, ecc.

Anche dermatologi stranieri vollero portare il loro contributo scientifico in onore del professore Majocchi: segnaliamo in proposito il lavoro del MEIROWSKI di Colonia sul Reno sulla

genesi delle cosidette malformazioni congenite della cute.

Nel volume sono altresì riportate le conclusioni della commissione eletta nel precedente congresso per lo studio della *istituzione della visita preconiugale obbligatoria* e lo schema del regolamento proposto dai relatori (RADAELI, FIOCCO, FONTANA).

In complesso un'interessante raccolta di lavori che onorano gli studj italiani, mostrano come il nostro Paese oramai anche in questa branca delle discipline mediche non sia secondo ad alcun altro e che, siamo sicuri, rappresenteranno per l'insigne prof. MAJOCCHI, al cui nome è legata tanta parte dei progressi della moderna Dermatologia, ed in onore del quale il volume vede la luce, l'omaggio più ambito e più espressivo fra le infinite attestazioni di riverenza pervenutegli in occasione del suo giubileo professorale. V. MONTESANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta ordinaria del 15 gennaio 1922.

Presidenza: prof. GIOVANNI MIRANDA, presidente

Se i corpuscoli rossi abbiano struttura.

Prof. G. PIANESE. — Da numerose ricerche, iniziate appena dopo i lavori di Petrone e riprese dopo quelli di Golgi, e condotte con pressochè tutti i metodi di indagine usati dagli altri autori (Weindenreich, Grawitz, Löwit, Petrone, Golgi, Garnua, Cesaris-Demel, ecc.) e con molti altri da lui escogitati, l'O. crede di poter trarre la conclusione che l'emasia adulta non ha alcuna speciale struttura morfologica.

Tutte le diverse strutture — dalla più semplice (stroma alveolare e endosoma con resti nucleari) alla più complicata (stroma radiale, resti nucleari, nucleolo e centrioli) — non sono che il risultato di artificii di tecnica, perchè mentre l'emasia appare del tutto omogenea con l'esame a fresco in goccia pendente o tra lastra e lastrina alla luce diretta e all'ultramicroscopio e con metodi di fissazione e colorazione appropriati (e che sono poi quelli con i quali si riesce a mettere in evidenza le più fini particolarità di struttura in elementi cellulari che le hanno di fatto), con reazioni cromatiche e fissazioni poco o nulla appropriate, o con reazioni chimico-fisiche violente, essa presenta le più svariate e differenti strutture.

E che queste strutture non sieno permanenti e preesistenti nell'emasia, ma sieno create dal metodo di indagine, pare all'O. risulti dalle seguenti considerazioni:

1) che queste strutture, per l'istesso sangue, appaiono diverse secondo i diversi metodi di fissazione e colorazione e di reazioni chimico-fisiche usati per la ricerca;

2) che non le si riscontrano mai in tutte le emasie dell'istesso preparato del medesimo sangue;

3) che, in quelle che le presentano, esse, nello stesso preparato non sono sempre identiche;

4) che, in genere, per lo stesso sangue, emasie con struttura si riscontrano soltanto, o per lo meno più numerose, nei preparati che sieno stati approntati con metodi di fissazione e colorazione meno appropriati;

5) che la struttura dell'emasia è più o meno complicata a seconda che il metodo di indagine è stato più o meno brutale;

6) che comparando nell'istesso preparato, comunque approntato, l'aspetto delle emasie e quello dei leucociti, spessissimo si riscontra che quando le emasie appaiono con speciale struttura, i leucociti presentano meno manifeste e tipiche le loro particolarità di struttura, e che più complicata appare la struttura dell'emasia, più difformata appare quella del leucocita;

7) che più il sangue è patologico e più numerose appaiono emasie con strutture.

Ma se l'emasia non ha una struttura morfologica, ha una speciale struttura fisico-chimica.

È un insieme di colloidi, proteici e lipoidi (Fischer ne descrive quattro) diversi più o meno fra loro, anche nella carica elettrica, e questo insieme così complesso è in un equilibrio molto delicato.

I nostri metodi di indagine perturbano questo equilibrio e la costituzione chimico-fisica dell'emasia. I joni dei metalli aggrediscono i colloidi dell'emasia e li danneggiano o fluidificandoli o coagulandoli, e questo danneggiamento è diverso non soltanto per le nature dei joni, quanto per le loro concentrazioni, e la loro attività è anche diversa a seconda del posto che essi occupano nella serie elettro-chimica.

Per l'azione diversa dei sali metallici usati, nell'emasia si hanno effetti diversi di coagulazione, dissoluzione, precipitazione nel protoplasma, che si traducono con figurazioni speciali che mentiscono una struttura.

L'O. però deve avvertire che, con una certa costanza, nelle emasie, viste a fresco e spesso anche in quelle trattate con reazioni cromatiche o chimico-fisiche, si riscontra un piccolo corpicciuolo (il corpuscolo o pulviscolo cromatico di Weindenreich?, centriolo di Schilling-Torgau?, centrosoma di Golgi?) che non gli pare possa essere interpretato come non preformato nell'emasia.

Di esso tratterà in altra occasione, se le indagini, già intraprese, lo porteranno ad una qualche conclusione. A. CHISTONI.

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Adunanze scientifiche del 1921.

Ricerche microscopiche sull'artrite deformante.

G. FORNI (assist. e docente di Clinica Chirurgica). — Mostra ed illustra proiezioni di preparati microscopici da lui fatti in serie sopra quattordici pezzi anatomici di resezione conservati nel Museo dell'Istituto Ortopedico Rizzoli: resezione praticata sull'anca (10 pezzi) e sulle articolazioni me-

tatarsico falangiche (4 pezzi), per cause diverse (artrite post-tifica, a. blenorragica, a. post-traumatica; reumatismo cronico). La illustrazione e il commento riguardano specialmente la cartilagine di incrostazione, il tessuto osseo-subcondrale, le trabecole ossee, i vasi sanguigni. L'ultima conclusione che il disserente espone è la seguente: «a momento eziologico clinicamente assai diverso ha corrisposto un quadro anatomo-patologico costante; il che porta al concetto che debba esistere, indipendentemente dal fattore eziologico e in tutte le articolazioni, una condizione anatomica o funzionale, probabilmente di natura meccanica, che determini nelle fasi finali del processo un complesso di alterazioni anatomiche del tutto particolari, conosciute e descritte sotto il nome di artrite deformante».

Sulla formazione dell'indolo negli ascessi e nelle forme distruttive del polmone in rapporto alla indicanuria ed all'odore fecaloide che spesso esala dall'alito e dal corpo di questi infermi.

O. CANTELLI (docente e primario medico incaricato). — Da sue ricerche analitiche conclude che nelle forme ascessuali non sempre si riscontrano le condizioni adatte allo sviluppo d'indolo, e che perciò non è costante l'indicanuria nelle urine di infermi affetti da ascessi. Aggiunge poi altre particolari conclusioni.

Contributo alla semeiologia dei tendini dei lunghi flessori delle dita della mano.

G. PANZACCHI (comprimario chirurgo). — Siccome questo punto di semeiologia è poco o nulla conosciuto, ritiene il disserente essere utile far conoscere una sua manovra, semplice e facile, con la quale si può avere un concetto abbastanza esatto dello stato di continuità e di scorrevolezza dei suddetti tendini. La manovra si riduce ad una pressione digitale modica sui ventri muscolari dei lunghi flessori, fra il terzo medio e il terzo inferiore dell'avambraccio. La pressione provoca una flessione di tutte le dita, più o meno pronunciata a seconda degli individui, ma sempre costante. Espone le principali modificazioni della flessione suddetta, nei casi patologici, s'intrattiene sul loro meccanismo ed opina per un'origine meccanica della medesima.

Il «sinus ejaculatorius» nell'uomo.

G. PERNA (docente ed aiuto di Anatomia umana). — Mostra ed illustra i suoi preparati anatomici e le sue fotomicrostereografie, le quali lo hanno condotto a formulare una descrizione, di questo tratto del sistema genitale dell'uomo, un po' diversa da quella che il Felix enunciò per primo nel 1901, e piuttosto vicina a quella descrizione invece che gli anatomici Clark e Leali fecero fino dalla seconda metà del 1600, sulle modalità di sbocco del condotto deferente. Ritiene pertanto il Perna che il seno eiaculatorio non debba intendersi come dovuto al confluire dei lumi della vescichetta seminale e del condotto deferente: ma piuttosto come una dilatazione che interessa il condotto comune derivante dalla parte caudale dell'ampolla primitiva, estendentesi quindi sopra e sotto dello sbocco del condotto deferente.

Plastiche per perdita totale del labbro inferiore e del mento.

C. CAVINA (chirurgo della Scuola Stomatologica Regia). — Presenta due feriti di guerra con grave mutilazione della mascella inferiore per distruzione dello scheletro e perdita totale delle parti molli del mento e del labbro. Entrambi i feriti sono già stati operati dal disserente medesimo, il quale ha proceduto alla restaurazione del labbro e del mento mediante ampi lembi di cuoio capelluto. In uno di essi la plastica cutanea era stata preceduta dalla plastica ossea mediante trapianto osseo autogeno libero, e con pieno successo. In entrambi il risultato estetico e funzionale si presenta eccellente.

GUIDO M. PICCININI.

Associazione Medica Triestina.

Adunanza scientifica del 16 *gennaio* 1922.

Presidente: prof. NICOLICH.

Il dott. GREGO presenta un ammalato di *anchilostoma duodenale* che dopo 12 anni ha ancora uova nelle feci. Questo ammalato è pure affetto da febbre melitense ed il quadro ematologico non presenta l'eosinofilia dell'anchilostomiasi, ma la linfocitosi e la mononucleosi della febbre melitense.

Il prof. NICOLICH presenta un caso molto raro di *edema indurativo del pene e dello scroto*, quale manifestazione primaria della lue.

Il dott. FAVENTO parla dell'*itterizia nei suoi rapporti con la sifilide* e dell'influenza degli arsenobenzoli in questa complicazione, giungendo alla conclusione che la lue deve essere curata quanto più precocemente possibile. Accenna infine ai nuovi preparati arsenicali e di bismuto, che vengono adoperati nella terapia della sifilide. Alla discussione prende parte il dott. RAVASINI ed il prof. NICOLICH.

Il dott. FERRARI dice come oramai si sia esclusa la causa meccanica dell'itterizia nella sifilide, ma si sia accertato che si tratta di una vera lesione anatomica della cellula epatica, che, secondo il grado, perde le sue varie funzionalità e presenta così i vari quadri clinici che vanno dall'ittero semplice all'atrofia giallo-acuta del fegato.

Il dott. GANDUSIO presenta un caso di *carcinoma della papilla di Vater* da lui operato con successo col metodo d'escissione transduodenale. Parla della sintomatologia di questa rarissima affezione, di cui nella letteratura chirurgica sono noti solo pochissimi casi operati con successo. L'O. si intrattiene poi sul fenomeno della bile bianca, che il paziente presentava, e sulle teorie finora enunciate per spiegare questo interessantissimo e raro reperto.

Alla discussione prendono parte il dott. OLIANI ed il prof. NICOLICH.

Adunanza scientifica del 30 gennaio 1922.

Presidente: prof. NICOLICH.

Fuori dell'ordine del giorno il prof. NICOLICH presenta un caso di *gomme esulcerate della gamba*, ed il dott. ETTORE LEVI due casi di *encefalite letargica epidemica* recente, di cui uno in via di convalescenza e l'altro ancora in pieno sviluppo. Il dott. LEVI dimostrò poi su quest'ultimo ammalato un riflesso del tutto insolito delle dita del piede, che si flettono spasmodicamente nelle falangine e falangette nel mentre la falange basale assume un atteggiamento di estensione in modo da formare un piede ad artiglio.

Il dott. MANN presentò un ammalato in preda ad un violentissimo attacco di affanno. Dopo aver esaminate le varie cause, che possono dar origine ad un simile quadro e poichè si riesce ad escludere qualunque malattia organica, l'O. venne alla conclusione, suffragata dall'indagine radioscopica, che si tratti di una *turba funzionale del diaframma*, forma rarissima, di cui sono noti soltanto pochissimi casi. Rilevato lo speciale interesse del caso, che presenta anche altre stigmate degenerative, il dott. MANN si soffermò infine sulla genesi di questa strana malattia e sui metodi di cura sin qui adottati.

Il dott. ATTILIO LUZZATTO riferì su di un caso di *influenza a manifestazioni prevalentemente cutanee*, con eruzioni papulose e nodulose prive di bruciore e di prurito. Queste eruzioni erano precedute da pruriti ed accompagnate da febbre alta 39°-39°.8. La febbre durò 15 giorni e poi per 4 giorni ebbe remissioni mattutine. Scomparsa la febbre restarono sulla pelle delle piccole macchie pigmentate. L'O. crede di trovare una somiglianza tra questo caso e quelli pubblicati dal professor Carducci di Roma, sotto il nome di febbre eruttiva.

Adunanza scientifica del 6 marzo 1922.

Presidente: prof. NICOLICH.

Il prof. NICOLICH presenta un ammalato con un *edema indurativo del pene* molto migliorato colla cura antiluetica, ed un giovane operaio di 19 anni ammalato di nefrotomia sinistra e nefrectomia destra per nefrolitiasi bilaterale. L'ammalato, dopo l'operazione, stette sempre bene.

Il dott. DAUELON presentò un ammalato al quale aveva estratto un *osso conficcato in un bronco* di seconda grandezza del polmone destro con l'aiuto del broncoscopio. L'osso era stato ingerito 4 mesi prima. Dopo l'estrazione cessò ogni sintomo di irritazione bronchiale.

Il dott. GRANDI accennò alla *relazione fra infezioni che possono derivare dai processi di sepsi orale e le malattie interne*, quali l'endocardite, il reumatismo, la nefrite, ecc. L'infezione avviene per via ematica o linfatica ed è quasi sempre causata da streptococchi. I denti guasti, le radici putride, nascoste sotto la gengiva, i granulomi, le cisti dentarie possono essere la causa di molte malattie.

Il dott. CASTIGLIONI sul tema: *Una pagina di storia della medicina nel Quattrocento*, trattò delle prime pubblicazioni in volgare che, seguendo la corrente della medicina popolare ed empirica, a modello dei testi arabi, videro la luce in Italia sulla fine del Quattrocento; presentò alcuni rari testi ed incunaboli medici, percorrendo in una rapida scorsa la letteratura medica italiana e particolarmente l'iconografia medica fino al principio del Rinascimento, quando, con l'opera immortale di Leonardo, si afferma perennemente la gloria dell'arte medica italiana nel campo della descrizione anatomica.

Adunanza scientifica del 13 marzo 1922.

Presidente: prof. NICOLICH.

Il dott. RIMINI presentò una bambina affetta da *ampia fistola mastoidea postoperativa*, guarita con un'operazione plastica, ed una donna affetta da ascesso extradurale consecutivo ad otite acuta. L'ascesso era molto esteso e la donna guarì dopo ripetuti atti operativi. L'O. presentò ancora una paziente guarita da un profondo ascesso di discesa del collo, consecutivo ad otite piogenetica acuta, e da ultimo mostrò un giovane guarito con l'operazione da otite cronica è consecutiva meningite sierosa. Fatto rilevare la rarità del caso, passò a parlare sulla meningite purulenta consecutiva ad otite acuta, rilevando come la terapia operativa di quest'ultima complicazione otitica non abbia dato finora nessun risultato. Il dottor Rimini si augura che con una tecnica migliorata ed in ispecie la sterilizzazione del liquido cerebrospinale infetto, praticata subito all'inizio della infiammazione, si possa arrivare a curare con successo anche questa gravissima complicazione.

Il dott. MESTRON presentò un preparato di *fibromioma pendulo del grande labbro*, da lui asportato con buon esito. Il tumore era con tutta probabilità un desmoide.

Il dott. COMISSO presentò i primi risultati di un nuovo metodo di cura delle *scoliosi gravi* (comunicazione preventiva).

Dottor PORENTA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

NEUROLOGIA.

Meningiti da mastoidite.

J. B. Pike, in una monografia (edita a Bristol, da John Wright e figli), premesso che la infezione mastoidea è stata sempre una specie di «terza incognita», crede che si possano stabilire i seguenti assioni:

1) l'infezione è microbica;

2) giunge all'antro mastoideo attraverso all'adito;

3) si può estendere in tre direzioni: all'esterno, dietro al meato, aprendosi la strada verso il periostio esterno e la cute, superiormente verso la superficie cerebrale della rocca petrosa, con grave minaccia di meningite o di ascesso cerebrale; posteriormente verso il seno trasverso, producendo la trombosi di esso seno e la setticemia generale.

Il carattere spugnoso della mastoide si presta ad una permeabilità infettiva, causata o dal pus proveniente dall'orecchio medio o dal passaggio di bacterî nell'interno delle cellule mastoidee.

Il nome che l'autore propone: «Meningite da mastoidite permeabile» è riservato ai casi con esordio e decorso silenzioso e subdolo, ma progressivo, fino a causare una meningite che, senza un precoce intervento operativo, è di sua natura mortale.

Ma tale intervento è reso difficile e dubbio appunto dal decorso subdolo del morbo che male si presta alla diagnosi esatta.

Egli è per questo che l'autore si dice propenso a classificare la mastoidectomia tra le operazioni cosidette esplorative, cui si possa ricorrere colla stessa facilità e libertà colle quali si ricorre, ad esempio, alla laparotomia esplorativa in casi dubbi di appendicite o di altri enigmi della patologia addominale («abdominal riddles»).

L'autore riporta una casistica assai estesa sulla esistenza di una meningite da mastoidite permeabile e sulla utilità di istituire la mastoidectomia quale operazione esplorativa.

FILIPPO AURITI.

Tubercolosi del midollo spinale.

È abbastanza rara: C. C. Browning (*Medical Record,* 10 dic. 1921) ne ha trovato, nella letteratura da lui riscontrata, solo 80 casi. I sintomi principali sono quelli di un tumore del midollo, a lento decorso; la prognosi è grave, soprattutto per l'estensione del processo tubercolare ad altre parti del corpo: il trattamento chirurgico ha dato, qualche volta, buoni risultati.

Nel caso dell'A. si aveva l'anamnesi di tubercolosi ambulatoria con debolezza, ingravescente, della gamba sinistra: all'esame si riscontrarono segni cavitari a entrambi i polmoni, paralisi dell'arto inferiore sinistro, riflesso patellare sinistro esagerato, a destra normale; Babinski positivo d'ambo i lati; assenza di clono; addome rigido e dolente alla pressione. In seguito si ebbe paralisi dell'arto inferiore destro e della vescica. Radiografia negativa; esame del *liquor*: 3 cellule per campo; Noguki negativo, Wassermann negativa, ricerca bacilli di Koch negativa. Si ebbe poi perdita involontaria d'orina, ulcera da decubito e morte.

All'autopsia si riscontrò quanto segue: tubercolosi del peritoneo, dei surreni della valvola mitrale; al midollo spinale un ingrossamento a livello della 8ª vertebra dorsale, con un nodulo grigiastro, duro, anteriore, che comprimeva il midollo e conteneva bacilli tubercolari.

fil.

Il tartrato borico-potassico nella cura dell'epilessia.

A. J. Torres Lopez (*La medicina ibera,* 31 dicembre 1921) ha sperimentato questo medicamento, usando la seconda formola di Marie: e cioè tartrato borico-potassico g. 20; glicerina pura g. 10; acqua q. b. per 300 g.: dose 3 cucchiai al giorno. Ha ottenuto in generale notevole riduzione degli accessi; ne conclude che tale trattamento è eccellente nella cura della epilessia; esso deve però essere continuato senza interruzione; non si osservano con esso i disturbi che si hanno invece con l'uso prolungato dei bromuri. Meno soddisfacente è il risultato nelle psicosi epilettiche, in cui il numero degli accessi diminuisce dapprima, per ritornare in seguito al livello antecedente: poco o punto miglioramento si ha nel psichismo.

fil.

Sulla cura delle crisi gastriche dei tabetici.

Il problema della terapia delle crisi gastriche nei tabici attende ancora una risoluzione.

Negli ultimi tempi furono proposti vari metodi.

Per os la papaverina e il benzoato di benzile sembrano spiegare un'attività benefica. Tra i mezzi più energici escogitati, Sicard e Cathelin consigliano le iniezioni paravertebrali ed epidurali di cocaina; Foerster ed Haenel il

taglio delle radici posteriori (sconsigliato da Reichmann, ecc.); Rembre (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 22 luglio 1921) delle iniezioni epidurali di antipirina e alcool (5 ctg. di antipirina, acqua distillata q. b., 10 gr. di alcool).

L'effetto ottenuto sarebbe ottimo e duraturo.

barz.

DERMATOLOGIA.

I foruncoli del labbro superiore.

Il foruncolo è un'infermità spesso benigna a cui non si annette grande importanza: talvolta può diventare grave per il trattamento mal diretto, quale è, p. es., la manovra brutale dell'espressione del cencio, a cui può seguire estensione locale della foruncolosi o stafilococcia generalizzata.

Talora il foruncolo può essere grave per altre malattie concomitanti, quali il diabete e l'albuminuria, oppure per la sua localizzazione (vicinanza di grandi vene cutanee o di tessuti ricchi di linfatici): tale è la ragione per cui sono gravi i foruncoli del volto e specialmente quelli del labbro.

Di questi, L. Olivares (*Archivos de Medicina, cirugia y especialidades*, 14 gennaio 1922) riferisce cinque casi, alcuni dei quali terminati con la morte. La principale ragione della gravità di questa localizzazione va ricercata nella ricchezza di vasi venosi, che per anastomosi con la vena oftalmica e col seno cavernoso, determinano frequentemente la trombosi di questo seno.

È quindi importante trattare fin dal principio i foruncoli del labbro, come una lesione grave e procedere subito all'estirpazione totale quando si osservino estensione dell'edema, notevole arrossamento della lesione, dolori molto intensi. Quando si tratti di antrace al labbro superiore, specialmente se in giovani, si dovranno poi tener presenti le possibili deformazioni, che esigeranno in seguito la plastica. L'A. consiglia quindi di operare in modo da ottenere uno sdoppiamento del labbro in due parti, l'una anteriore, l'altra posteriore: in tal modo i prodotti necrosati, che costituiscono il foruncolo, rispettivamente l'antrace, sono liberati dalla pressione, che esercitano su di essi i tessuti vicini.

Per quanto riguarda la diagnosi, si terranno presenti la pustola maligna e l'edema maligno: nella prima, l'escara centrale, le vescicole circostanti, l'edema più limitato sono caratteri che permetteranno senz' altro la diagnosi. L'edema maligno è molle, mentre è duro nel foruncolo, in cui si avverte poi nel punto centrale una particolare durezza; nel caso poi di incertezza, deciderà l'esame microscopico dell'essudato delle vescicole o di quello ottenuto con una piccola incisione della parte edematosa, osservandosi nel caso dell'edema maligno i bacilli caratteristici.

fil.

La dermatite della regione glutea nei bambini.

H. Cookes (*Amer. Journ. of Diseases of Children* e *British med. Journ.*, 17 dicembre 1921) ritiene che la dermatite la quale si osserva alla regione glutea nei piccoli bambini ed in quelli anche grandicelli, sofferenti di enuresi, riconosce la sua causa nella irritazione da parte dell'ammoniaca formatasi per la fermentazione dell'urea. Tale fermentazione si produrrebbe per opera di un bacillo saprofita che vive soltanto in ambiente alcalino (*B. ammoniagenes*), ma anche per altri (Stafilococchi, Sanina lutea, protei).

Quando si applicano dei pannilini impregnati con un antisettico, scompare l'odore ammoniacale e migliora rapidamente la dermatite, sia semplicemente eritematosa, sia papulo-vescicolare. L'A. consiglia quindi di impregnare i pannilini *asciutti* in soluzione 1: 5000 di sublimato corrosivo, lasciarli asciugare e poi applicarli sulla parte. Possono anche servire l'acido borico (1: 20) e lo joduro di mercurio (1:5000).

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA.

I sacchetti semipermeabili in microbiologia.

Numerose sono le applicazioni che hanno in microbiologia i sacchetti di collodio: fu il Sanarelli che per primo li costruì e li introdusse nella tecnica fin dal 1891, al duplice scopo di raccogliere linfa priva di leucociti e di mantenere e coltivare nell'organismo i batteri, perfettamente al sicuro dagli attacchi dei leucociti. L'ingegnoso metodo, che aprì la strada a numerose ricerche e ad importanti studi, è stato in seguito attribuito ad altri; esso viene giustamente rivendicato all'autore italiano da L. Verney (*Annali d'Igiene*, 1921, ottobre-dicembre).

Mediante una tecnica abbastanza semplice, cui sono state successivamente portate varie modificazioni, si foggiano con il collodio dei tubicini a sacco od a capsula, che risultano formati da una pellicola coerente e resistente. Tali sacchetti funzionano da filtri, che, in linea generale, arrestano le particelle formate e lasciano passare i liquidi in cui tali particelle sono sospese.

La permeabilità non va però intesa in senso assoluto, ma è solo relativa: passano a traverso tali sacchetti i cristalloidi e ne sono arrestati i leucociti; i colloidi invece possono venire trattenuti o non a seconda della grandezza delle loro micelle ed il modo di allestimento della membrana: si possono così trattenere le agglutinine e gli anticorpi batteriolitici: su questa proprietà è fondato il metodo della dialisi frazionata, per l'isolamento di varie sostanze colloidali. Il passaggio o l'arresto delle sostanze è influenzato anche dalla proprietà dell'adsorbimento, per cui queste membrane possono formare veri complessi colloidali con dette sostanze. Altri vantaggi di questi sacchetti sono la resistenza e l'elasticità per cui non si strappano nelle manipolazioni, e la trasparenza, che permette di osservare i fenomeni, che si svolgono nel loro interno.

Fra le diverse applicazioni dei sacchetti di collodio, citeremo la raccolta di linfa, la coltivazione di virus nell'interno dell'organismo, la conservazione di germi delicati, la coltura di quelli esigenti, l'isolamento di germi nuovi, come hanno fatto Nocard e Roux per l'agente causale della peripneumonite dei bovini.

Per mezzo di essi, si possono indurre diverse modificazioni dei germi, sia per quanto riguarda la virulenza (arrivando a conferirla anche a saprofiti), sia per altri caratteri; si può studiare l'influenza che l'ambiente esercita sui germi: Frost, p. es., ha dimostrato che i germi del suolo, come quelli banali dell'acqua, finiscono per ridurre e far scomparire i bacilli del tifo.

Questi filtri, a struttura omogenea e fittissimi, sono di grande utilità per le ricerche di chimica fisica e segnano una nuova tappa nello studio dei colloidi; vengono usati anche in microbiologia come ultrafiltri e servono per la preparazione di acqua otticamente vuota, utilizzata nell'ultramicroscopia, per la concentrazione di virus filtrabili, per la dimostrazione di quelli ultrafiltrabili, per la separazione ed individuazione di prodotti microbici e di anticorpi. Ed è da prevedersi che si faranno altre applicazioni di queste membrane semipermeabili e che per loro mezzo si potrà arrivare ad una più profonda conoscenza del meccanismo delle infezioni e dei processi immunitari.

Nel suo insieme lo studio dell'A. costituisce una rivelazione: sembra quasi incredibile che il metodo introdotto in microbiologia dal Sanarelli sia stato suscettibile di tanto sviluppo e di tante applicazioni e sia ancora così promettente come l'A. dimostra. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1241) *L'uso della santonina nella cura del diabete.* — Al dott. G. R., abb. n. 6051:

La santonina appartiene alla categoria numerosa dei medicamenti tentati contro la glicosuria dei diabetici, e sui quali l'esperienza clinica, confortata dall'esame di laboratorio, ha da tempo fatto giustizia. Tali medicamenti sono sempre inutili, spesso dannosi; la terapia del diabete non può che essere o causale o dietetica. Nel nostro giornale numerose riviste hanno toccato l'argomento coi criteri più moderni. *t. p.*

(1242) *Tendosinovite tibio-tarsea influenzale* (?). — Al dott. P. S., abb. n. 2660:

Non esistono terapie specifiche contro la supposta natura influenzale; i presidî terapeutici quindi non possono variare da quelli generali alle tendosinoviti acute, tenendo nella dovuta considerazione il soggetto malato. *t. p.*

(1243) *Relazioni del Congresso di Medicina interna.* — Al dott. L. C., Cesara:

Per avere le relazioni al Congresso di Medicina interna si rivolga al Comitato organizzatore presso la 2ª Clinica medica di Napoli. Credo però che ancora le relazioni non siano state pubblicate. *t. p.*

(1244) *Trattato sulle malattie infettive.* — Al dott. C. E., Gesico:

Recentissimo ed ottimo è il trattato sulle malattie infettive del *Nouveau Traité de Médecine* edito da Masson, *Maladies infectieuses.* *t. p.*

(1245) *Sulle glandole a secrezione interna.* — Ai dott. U. B., Ariccia, e G. P., Genova:

Abbiamo più volte consigliato il Pende edito da Vallardi e di cui recentemente è uscita una seconda edizione. *t. p.*

(1246) *Sulla cocaina e sul cocainismo.* — All'abb. n. 6306:

Le suggeriamo: *La Cocaina*, del dottor F. Marta, pubblicato dall'Editore Sonzogno di Milano, e *Morfinismo e cocainismo* del dottor A. Sarian pubblicato dagli Editori Rosenberg e Sellier di Torino.

Sull'argomento la Sezione Pratica del *Policlinico* ha pubblicato l'anno scorso una rivista sintetica. *dr.*

(1247) *Riviste italiane d'ostetricia e ginecologia.* — Al dott. M. P. da Copparo:

La *Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia* (Napoli, via Torretta 135) dell'on. prof. Carlo

Cucca; *La Clinica Ostetrica* (Roma, via Orazio 30) del prof. Felice La Torre; la *Rivista d'Ostetricia e Ginecologia pratica* (Palermo, via Ignazio Florio 14) del prof. Fortunato Montuoro hanno tutt'e tre carattere di riviste, cioè recano contributi originali e recensioni, e sono ugualmente consigliabili.

a. p.

VARIA

I medici e Molière.

Molière fu uno dei più accaniti detrattori dei medici. In quasi tutte le sue commedie i cultori dell'arte sanitaria sono colpiti dalla satira più feroce.

La iatrofobia di Molière (E. Levrat - *Mercùre de France* rif. in *Minerva*, 1921, n. 5) non si può spiegare se non con ragioni affatto speciali legate all'educazione dello scrittore ed a condizioni particolari della sua salute ed ai relativi insuccessi terapeutici. Egli era afflitto da bronchite cronica e non meraviglia se dopo avere esperimentato la inefficacia di giulebbi e droghe egli prendesse in odio la scienza incapace.

Egli cominciò i suoi attacchi nel *Festin de Pierre*, per continuarli nell'*Amour médecin*, in certi passi dell'*Amphitryon* e di *Monsieur malgré lui* e nel *Malade imaginarie*, commedia che è la sintesi dell'opera sua, il suo testamento letterario.

Sopra un fondo di farsa, campeggia in essa un personaggio di grande commedia: Argan. La complessità di questo personaggio dà alla satira qualche cosa di grave e di amaro, che non si trovano in altre commedie.

Argan rappresenta il farmacofilo che vuole ad ogni costo prendere medicine, sia pure quando la loro inefficacia è incontestabile.

In questa commedia è sferzata la pedanteria scolastica, la ciarlataneria tronfia, pomposa, vuota, imbrogliona, con la quale ai tempî di Moiière si identificava la medicina.

Beraldo, l'altro personaggio, che sarebbe poi il portavoce di Molière, discutendo con Argan sostiene la sua tesi. La medicina è una delle maggiori follie umane, perchè i congegni della nostra macchina sono misteri. Affermazione esattissima, in quanto che in quel tempo la fisiologia era ai primi passi, la chimica biologica non esisteva e l'empirismo più assoluto guidava la medicina. Beraldo parla però per il passato e sembra ammettere la possibilità di progressi e di lumi nell'avvenire. E intanto che fare con il malato? Nulla. Tenerlo in riposo e lasciar fare la provvida natura. Il rimedio naturalmente non convince Argan, che vorrebbe aiutare la natura. Ma Beraldo ribatte il suo chiodo e chiama bel romanzo le promesse della medicina non mai mantenute.

Argan, questo grottesco borghese, pensa come tutta l'umanità quando sta male. E come le parole di Beraldo sono uno sfogo contro la medicina impotente, le parole di Argan spiegano l'eterno ascendente del medico sull'umanità. Argan è Molière che ragiona di fronte a Molière che soffre. Ecco perchè alla fine della scena l'autore getta la maschera comica e pone in bocca al suo interprete la patetica confessione dei propri mali. Molière ha le sue ragioni per non volere medicine, egli ha appena la forma che basta a sopportare il suo male.

Col suo fine intuito Molière ha rappresentato nel suo malato immaginario, Argan, un malato reale. Argan è un nevropatico: permanentemente inquieto, d'umore variabile, irritabile, egoista, sempre preocupato della propria salute, estremamente fiducioso nelle medicine. Come tutti i suoi simili, egli è destinato a diventare preda degli empirici e dei ciarlatani. Toinette lusingando la sua idea fissa, la mania delle purghe e del clistere, ne fa quel che vuole.

Volendo creare un tipo di malato intenzionalmente immaginario Molière ha rappresentato un nevropatico clinicamente ora definito.

E tutte le amare, sarcastiche considerazioni di Beraldo sono la satira della medicina di quei tempi, che si prestava giustamente ad essere trascinata nel ridicolo.

dr.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

FASANI VOLARELLI FRANCESCO. *Contributo alla conoscenza dei medicamenti acantolitici. L'Arsenico.* — Genova, Stab. Artisti Tipografi, 1921.

ID. *Contributo alla conoscenza dei medicamenti acantoplastici ed acantolitici.* — Siena, Tipogr. San Bernardino, 1920.

ID. *Sulla patologia e sulla patogenesi delle rughe.* — Siena, Tip. S. Bernardino, 1920.

ID. *Contributo alla conoscenza dei medicamenti acantoplastici ed acantolitici, p. t.* — Siena, Tipografia S. Bernardino, 1920.

FEDERICI NICOLINO. *Rilievi chirurgici... e critici.* — Milano, A. Rancati, 1921.

ID. *Ancora una laparotomia per peritonite tubercolare.* — Milano, 1920.

FRUGONI CESARE. *Asma bronchiale.* Salò, Tip. Gio. Devoti, 1921.

ERRATUM. — Nel Fasc. 16, pag. 531, quint'ultima riga, leggere: 2ª elezione.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Come si frustrano le misure contro gli stupefacenti.

Volentieri pubblichiamo questa lettera che un bravo collega ci manda, narrando con semplicità fatti a lui occorsi. Precisamente perchè i *fatti* ch'egli espone capitano spesso ad altri, a molti, medici, noi li rendiamo pubblici tra i medici, per intensificare e diffondere tra noi la convinzione dei danni che vengono dalle *specialità* nella lotta contro gli stupefacenti, nella quale tutti gli stati civili sono oggi impegnati.

Si potrebbe dai più aggiungere che gli inconvenienti delle *specialità* sono numerosi, ma ciò non toglie che non si debba cominciare a denunziarne uno, certamente uno dei più gravi.

Per i medici, per i nostri lettori, la lettera non ha bisogno di commenti.

Gentilissimo Professore,

Voglio raccontarle il caso occorsomi con un morfinomane. Certamente anche altri avranno già fatto questa esperienza.

Ho assistito un morfinomane, a cui io credeva di avere già ridotto sensibilmente le dosi del veleno che consumava giornalmente. Egli mi aveva anche quasi dato la parola di andare in una casa di salute per la desintossicazione. Poi ha cambiato totalmente d'opinione e mi disse, di avere avuto da un farmacista un preparato innocuo senza morfina, del quale faceva ora uso senza restrizione e senza che i suoi famigliari se ne preoccupassero, essendo convinti dell'innocuità del rimedio. Mi mostrò l'*atoximecon*, del quale si iniettava almeno 15 fialette in giornata.

Per me si presentava come un morfinomane gravissimo; i parenti erano molto sorpresi di apprendere che con l'*atoximecon* riceveva una dose molto più elevata di morfina, di quanto mai aveva usato.

In una clinica dopo si sottomise alla cura e riuscì a liberarsene con gravi sofferenze e dopo molte settimane. Tornato a casa le cose andarono bene per breve tempo. Poi ricominciò con le iniezioni di pantopon. M'informai da un farmacista, non il fornitore dell'ammalato, che non conosco, come era possibile di trovare tanto facilmente questi preparati. Mi rispose, che in ogni farmacia si potevano comperare quelle specialità di oppio (Atoximecon, Pantopon, Oppiosina, ecc.) senza alcuna ricetta e che la legge non lo vietava. È vero questo, o si sbaglia il mio informatore?

Non si potrebbe ora, che è stata dichiarata la guerra agli stupefacenti, interessare l'Autorità competente di includere nella lista delle sostanze da controllare anche queste specialità oppiate? Sarebbe certamente di grande aiuto a quei poveri colleghi, che devono occuparsi di questi disgraziati ammalati; il controllo non sarebbe allora del tutto impossibile.

Se Lei volesse interessarsene in luogo competente, Le sarei tanto riconoscente.

Dott. G. WILD.

Più riconoscente del nostro collega, dovrebbero esserci gli infelici presi dalla triste abitudine.

Ma la riconoscenza non potrà cominciare da parte di nessuno, fino a che non saranno adottati *« in luogo competente »* i provvedimenti per ovviare ai danni denunciati. Per far giungere, a chi spetta provvedere, la denuncia del male, niente meglio oggi che la pubblicità. Noi siamo in linea di battaglia: ci aiutino gli altri giornali medici e soprattutto la stampa politica.

I PROBLEMI INSOLUTI.

Morte: sorgente di vita e di salute.

(Nostra corrispondenza).

Il dott. G. Perilli che, trapiantatosi in America, mantiene vivi i contatti con la Madre Patria e che perciò è simpaticamente noto al nostro pubblico medico, c'invia l'efficace articolo che segue, su di una questione insoluta, la quale, per l'avvenire della medicina, dovrebbe ormai avviarsi a soluzione.

La riunione recentemente tenuta dalla Società Medica di Denver per controbattere la campagna iniziata dagli antivivisezionisti mi ha riportato ad un'idea sulla quale molte volte la mente si è soffermata.

Ed il pensiero che forse tanti e tanti altri mi hanno preceduto nella stessa idea, concretandola, ed esponendola in forma più persuasiva di quella che a me non riesca di ottenere, avrebbe dovuto scoraggiarmi dal tracciare queste poche righe.

Ma io credo che il momento presente sia il più propizio per risollevare, se già altre volte è stata agitata, o a prospettare ora per la prima volta in tutti i suoi dettagli una questione di importanza universale: la necessità di sezionare tutti i cadaveri.

Ricchi e poveri, uomini illustri e sconosciuti, *tutti — senza eccezione alcuna —*, non più tardi di 24 ore dalla morte, dovrebbero passare in temporanea proprietà dello Stato, della Provincia o del Comune, e, solo dopo l'autopsia, esser restituiti alle rispettive famiglie.

L'autopsia, dichiarata obbligatoria, oltre ad essere il migliore controllo della diagnosi della malattia o della causa che si è ritenuta determinante della morte, sarebbe fonte di preziosissime osservazioni ed incentivo efficacissimo al progresso della medicina e delle scienze affini.

Fin dalla prima autopsia, cui, ai beati tempi del mio studentato, dovetti assistere in una delle sale di anatomia patologica della R. Università di Napoli, il minuto esame delle alterazioni riscontrate e l'esauriente discussione che ne seguì fra discepoli e maestro mi diedero la prima ed esatta visione del beneficio immenso che deriverebbe all'umanità intera se la pratica delle autopsie fosse generalizzata.

Se il sogno è bello, ben dura è la realtà.

Ho pensato perciò sempre alle molteplici immense difficoltà, di ordine tradizionale, sentimentale, religioso, tecnico, finanziario, ecc., che l'applicazione di un tale progetto porterebbe con sè.

Ma d'altra parte quali e quanti progressi non sono stati raggiunti — specie in questi ultimi anni — nel campo internazionale, o dirò meglio mondiale, superando difficoltà anche maggiori?

La coscienza moderna ha subito una trasformazione notevolissima.

È innegabile che le guerre hanno prodotto sempre danni incalcolabili, ma è innegabile pure (e la storia è lì ad insegnarcelo attraverso tutte le ère) che ogni periodo guerresco ha scosso ed eccitato le energie sopite delle nazioni, delle comunità, dei singoli che da esso hanno ricevuto ogni volta una potente spinta sul cammino glorioso della civiltà.

Così abbiamo visto che recentemente, in breve volger di tempo ed in conseguenza della guerra mondiale, si sono costituite Associazioni internazionali di altissimo valore pratico:

la Lega delle Società della Croce Rossa, dedita ad un intenso lavoro di ricostruzione ed a nobili provvidenze di pace;

l'Ufficio Internazionale d'Igiene, binocolo sanitario della Lega delle Nazioni;

la Conferenza di Washington per il disarmo, primo modestissimo sforzo, a base di fatti, verso la pace universale;

la grandiosa Conferenza di Genova, alla quale quarantasei Nazioni saranno rappresentate, per porre rimedio al temporaneo squilibrio economico.

Nobili idee, generosi propositi hanno potuto dunque spandere così robuste radici intorno al globo, da render possibili le riunioni dei rappresentanti di tutti i paesi del mondo civile.

Ebbene, per tornare al tema, perchè queste 40 e più Nazioni non si dovrebbero poter mettere d'accordo in una determinazione di efficacia più importante, più vasta, più universale, più permanente, il cui benefizio sarebbe a vantaggio dell'umanità tutta, in un'opera di prevenzione, di studio, di cura dei malanni che questa umanità affliggono?

Quando si pensi ai miliardi ogni anno perduti nel valore-uomo, che non raggiunge la vecchiaia, quando si pensi alle epidemie che potrebbero essere meglio e scientificamente controllate in tempo al primo caso di decesso, che attualmente spesso sfugge all'esame, quando si pensi alle infinite utili osservazioni nei più svariati campi: anatomico, fisiologico, patologico, clinico, batteriologico, chimico, fisico, medico-legale, ecc., quando si pensi a queste e ad altre ragioni che qui sarebbe troppo lungo elencare, non sarà difficile neppure ai profani intravvedere l'importanza e l'efficacia di una disposizione legislativa che rendesse obbligatoria in tutti i casi di morte — nessuno escluso — la pratica dell'autopsia.

Nè vi è dubbio alcuno che un più diffuso ed accurato studio macro- e microscopico dell'anatomia patologica sarebbe la chiave maestra d'ogni futuro progresso delle scienze mediche.

Con l'autopsia di tutti i cadaveri un'êra nuova sarebbe dischiusa e, con molta probabilità, in tempo relativamente breve, altri orizzonti sarebbero offerti ai presenti sistemi d'insegnamento, di prevenzione e di cura dei morbi.

Quante idee, giudicate inattuabili per lo passato, nón sono ora realtà palpabili e feconde di bene?

Non più che tre anni fa, nella primavera del 1919, al Congresso Interalleato della Croce Rossa in Cannes, il dott. Lucas di San Francisco, a nome della Delegazione Americana, espose un complesso ma armonico progetto di assistenza all'infanzia, progetto che ai congressisti di quella sezione (ai lavori della quale quel giorno ebbi la fortuna di assistere anch'io) apparve di proporzioni gigantesche. Ebbene, nel breve periodo di mia permanenza in America, ho constatato che gran parte di quei suggerimenti sono già in via di applicazione, in molti Stati di questa Unione.

Ed io avrei desiderato che dalla tribuna professionale più ascoltata, dal *Giornale dell'Associazione Medica Americana*, fosse portata in discussione — e prima fra medici soltanto — la proposta dell'obbligatorietà dell'autopsia.

Se avvalorata dal consenso della maggioranza di coloro che più sono interessati nei problemi della salute pubblica, l'idea, per essere tollerata o ben accolta dalle moltitudini, dovrebbe avere subito dopo il caldo appoggio dei capi e dei ministri di ogni religione. Poi il momento sarebbe maturo per il legislatore.

Ma sembra che il *Giornale dell'Associazione Medica Americana* abbia parecchie volte pubblicato articoli sul dovere di accrescere il numero delle autopsie nelle istituzioni americane, e varie organizzazioni religiose, specie cattoliche ed ebraiche, abbiano assicurato che la pratica dell'autopsia non è contraria alle loro rispettive regole.

Non è questo però il punto su cui io desidero richiamare l'attenzione: io non parlo di *accrescere* soltanto il numero delle autopsie, ma di *rendere l'autopsia obbligatoria sempre ed in ogni caso, per mezzo di disposizioni legislative.*

Per cominciare a persuadere le folle sarebbe utile ricordare, diffondere e spiegare l'origine latina della parola «cadavere», cioè: «caro data vermibus — carne data ai vermi». Si troverebbe subito diminuito il numero degli oppositori a lasciar operare rispettosamente sui morti il medico settore.

Ma qui in America, dove anche è consacrato il principio che al bene dell'umanità può e deve esser sacrificata la libertà individuale;

qui, dove col proibizionismo e con le leggi blû

s'impone un sistema di vita privata non sempre consono alla volontà dei singoli;

qui, dove un profano ha potuto proporre e far approvare una legge (*antibeer bill*) che coercisce la facoltà di prescrivere del medico, facoltà prima rispettata dal *Volstead Act* originale;

qui, dove si può sentenziare perfino la sterilizzazione dei delinquenti, degli anormali e dei deficienti;

qui — io mi auguro — potrà ben essere, per la prima volta al mondo, proposta una legge che permetta di sottoporre tutti i cadaveri (insisto sulla parola: *tutti*) ad indagini scientifiche, la cui importanza, se appieno compresa soltanto da chi è conscio di quanto ancora noi ignoriamo nel campo della patologia, della etiologia, della terapia, ecc., sarà però a sufficienza intuita anche dai profani che col loro voto dovranno approvare quella legge di sicuro, immenso, eterno beneficio all'umanità.

Dott. GIOVANNI PERILLI, Denver (Colorado).

Cronaca del movimento professionale.

Le tariffe giudiziarie.

La Camera dei deputati ha approvato in una delle sue ultime sedute il disegno di legge presentato dal Governo per la riforma della tariffa penale e civile per i testimoni, i periti, ecc.

Alla discussione hanno preso parte gli on. Capasso, Cirincione e Carnazza. Gli emendamenti proposti da questi deputati allo scopo di migliorare i compensi per le prestazioni mediche hanno trovato da parte del Ministro per la Giustizia una irriducibile resistenza.

La classe medica non può essere soddisfatta di questa legge: le elevazioni di tariffe sono irrisorie.

D'altra parte la legge anche così insoddisfacente non può essere applicata perchè manca ancora l'approvazione del Senato.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9356) *Residenza del medico condotto.* — Dott. L. M. da A. — Per risolvere il quesito proposto occorre tener presente il capitolato in cui sarà stato certamente, a suo tempo, fatta menzione della residenza del medico o dei medici condotti. Nel silenzio del capitolato il Comune può, nell'interesse del servizio, dislocare uno dei condottati da un posto ad un altro, preferendo pur sempre il più giovane, il meno anziano, colui che ha minori interessi proprii nel centro.

(9357) *Annullamento di un pubblico concorso.* — Dott. U. R. da P. — Il concorso bandito per la nomina di un medico condotto non può annullarsi, se non per una grave e giusta causa di pubblico interesse. La giusta causa esisterebbe nel fatto della mancata nomina della Commissione giudicatrice prima della chiusura del concorso: cosa che ne renderebbe nullo l'esito, ancorchè fosse espletato.

(9358) *Visite mediche superiori a quelle prescritte.* — Dott. S. d'A. da I. — Poichè Ella per capitolato ha l'obbligo di recarsi nelle frazioni due volte la settimana ed il Sindaco lo avverte che il Comune per visite straordinarie non intende assumere alcun obbligo, non è censurabile il fatto che Ella si faccia pagare dalle famiglie ogni visita in eccedenza alle due obbligatorie.

(9359) *Aumenti periodici di stipendio.* — Dott. M. G. da L. — Gli aumenti periodici di stipendio sono calcolati al medico se e come stabilisce il capitolato. Se il capitolato non parla di tali aumenti, è da ritenere che essi non sieno dovuti.

(9360) *Ufficiale sanitario.* — Dott. U. G. da C. C. — Il medico condotto pensionato ben può essere incaricato delle funzioni di ufficiale sanitario. Contro il diniego della nomina da parte del Prefetto si può ricorrere in sede contenziosa alla IV Sezione del Consiglio di Stato per ragioni di legittimità, cioè per incompetenza, eccesso di potere, violazione di legge.

(9361) *Concorso irregolare - Annullamento.* — Dott. P. T. S. da G. — È annullabile un concorso in cui sieno stati ricevuti documenti ed ammessi nuovi candidati dopo scaduto il termine all'uopo fissato dal bando. Per impugnarne il risultato occorre produrre ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato per ragioni di legittimità e, cioè, per incompetenza, eccesso di potere, violazione di legge.

(9362) *Elenco dei poveri - Abbienti e semi-abbienti.* — Dott. A. G. da C. — Dal momento che la legge non ammette la doppia categoria di abbienti e di meno abbienti, il Comune deve promuovere dal Consiglio Comunale una modifica al vigente capitolato, nel senso di parlare solo di poveri e di abbienti. Per questi ultimi, potrà esigere quanto crede, rinunziando alla indennità di residenza, se il loro numero fosse inferiore a 300. Per ora le cose debbono rimanere come pel passato, esigendo dal Comune la detta indennità.

(9363) *Secondo caro-viveri.* — Dott. C. R. da M. C. — Poichè la concessione di una seconda indennità caro-viveri è stata inclusa come obbligatoria nel capitolato-tipo, approvato dal Comune e dalla G. P. A., non crediamo possa più essere revocata, costituendo oramai essa un vero diritto acquisito per i beneficiati.

(9365) *Iniezioni ipodermiche.* — Dott. A. T. da A. — Una persona qualsiasi non può, ancorchè autorizzata dal medico e da lui delegata, praticare le iniezioni ipodermiche.

(9366) *Elenco dei poveri.* — Dott. A. D. A. da P. — Non dà la legge alcun criterio per la formazione della lista dei poveri aventi diritto alla cura gratuita. Ogni Comune fa da sè, tenendo conto delle peculiari condizioni locali. Certamente la suddivisione che si intende fare fra abbienti e semi-abbienti, semi-poveri e poveri, non trova fondamento in legge, perchè questa non prevede la possibilità di somministrare a parte della popolazione un'assistenza sanitaria gratuita, limitata ed incompleta. Se durante il periodo di tempo in cui Ella per mancanza dell'elenco ha prestato servizio presso tutti, non ha ricevuto che il solo stipendio relativo ai poveri, ha diritto di farsi pa-

gare dagli abbienti; ma se, invece, è stato pagato in base alla cura piena, nulla più può ora pretendere.

(9367) *Tassa di ricchezza mobile.* — Dott. V. R. da M. — La R. M. ricade su tutti gli introiti, come, p. e., sulla indennità cavalcatura, sulla indennità di Ufficiale sanitario e sulla indennità caro-viveri. Il tasso è dell'8.65 %, oltre il contributo invalidi di guerra, del 15 %, e l'aggio all'esattore, che varia da Comune a Comune.

(9368) *Divisione e ripartizione delle condotte.* — Dott. A. L. da R. B. — Le circoscrizioni delle condotte debbono rimanere così come le ha stabilite il Comune, senza che i rispettivi titolari possano dolersi per essere a qualcuno di essi toccato la sezione meno popolosa. Possono, però, privatamente interessare il Sindaco perchè, in linea di equità, proponga al Consiglio Comunale un cambiamento nella estensione della condotta, cercando possibilmente di equipararle.

Doctor JUSTITIA.

Benemerenze per la salute pubblica. — All'abbonato n. 5567 (2). — Le disposizioni per il conferimento durante la guerra delle ricompense stabilite con i Decreti 28 agosto 1867, n. 3872, e 25 febbraio 1886, n. 3706, ai benemeriti della salute pubblica per l'assistenza sanitaria ai militari feriti ed ammalati sono contenute nel Decreto Luogotenenziale del 18 maggio 1916, n. 624. M. C.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUAPENDENTE (*Roma*). — Scad. 30 apr.; due cond. (Trevinano e Torrealfina); L. 5000 e 5 quadr. decimo; doppio c.-v.; L. 2000 cav.

ASSORO (*Catania*). — 2ª cond.; L. 6500; cav. lire 2000, per borgata; c.-v.; 5 quinquenni; età 35. Diploma da due anni; lodevole servizio condotta e corso perfezionamento. Scad. 30 aprile.

BERGAMO. *Istituto Rachitici.* — Medico-chirurgo primario; L. 3600 nette di R. M. e 50 % sull'importo atti operativi ai ricoverati paganti agiati; biennio; 5 conferme quinquennali non oltre 60 anni. La nomina è di esclusiva competenza del Consiglio d'Ammin. previo giudizio di apposita Commiss. tecnica. Docum. al Consiglio (via Mazzini, 3) non oltre le ore 15 del 14 mag. Titoli in ortopedia. Servizio entro un mese.

CASTELLEONE (*Cremona*). — A tutto 30 apr., 1ª cond., circa 3200 ab.; L. 6500; addizionale di lire 2000 pel primo migliaio di poveri e di L. 2 ogni povero in più fino a 3000; doppio c.-v.; indennità cavalc. Per notizie più precise scrivere alla Segreteria del Comune.

COLLEDIMEZZO (*Chieti*). — Al 1° mag.; L. 5000 comprese L. 500 quale uff. san. Poveri. Servizio entro 20 giorni.

FASANO (*Bari*). — A tutto 15 maggio, poveri frazioni, L. 1700; in corso approvazione aumento lire 4000 con 4 quadrienni di lire 800 e quattro di lire 600, oltre due c.-v. e indenn. cavalc. L. 1500.

FOLIGNO (*Perugia*). — Per 40 giorni dal 22 mar.; cond. rurale di Annifo: L. 6000 per 1000 pov.; c.-v.; L. 1500 disag. resid.; tre quinquenni decimo; lire 2400 cav.; addiz. L. 2 ovvero indennità di residenza povera non mai super. a L. 2000. Ab. 1400. Età limite 21-35.

GROMO (*Novara*). — Cons. con Valgoglio; abit. 1900 con 900 pov.; L. 6500; per uff. san. L. 500; mezzo trasp. L. 2500; disag. resid. L. 1000; doppio c.-v. Scad. 30 aprile.

GROSSETO. — Uffic. sanit. e medico capo del Comune. Scade 30 apr. L. 12,000, 5 quadrienni, c.-v. Inibito eserc. profess. e accettaz. incarichi da privati e da pubbliche amministrazioni. Verranno indicati i giorni e il luogo degli esami.

MORICONE (*Roma*). — L. 7000, oltre L. 500 disag. resid., L. 300 uff. san., L. 1000 arm. farm., doppio c.-v. Scad. 30 giorni dal 1° aprile.

OSIO SOTTO (*Bergamo*). — Consor. 3 comuni; L. 6500; addizion. L. 250 ogni centinaio poveri sopra il migliaio e fino a 2000; L. 350 oltre e fino a 4000; L. 300 per ogni 1000 (*sic*) poveri in più oltre i 4000 (*sic*); uff. san. L. 500; mezzo trasp. L. 500 (*sic*); L. 120 assicur. Scad. 30 apr. Chiedere annunzio.

OVARO (*Udine*). — Alle ore 16 del 1° maggio; Kmq. 54.146. Servizio entro 15 g. L. 6000 per 1000 pov.; tre quinquenni decimo; L. 3000 disag. resid.; addiz. L. 1.50; per cav. L. 3000; se uff. san. L. 600.

PALAZZOLO (*Siracusa*). — Scad. 15 mag. L. 5500 e 5 quadrienni di L. 500, per circa 1500 pov., lire 100 ogni gruppo di 50 pov. in più fino a 2000. Iscrizione a un albo.

PORDENONE. *Ospedale Civile.* — A tutto il 15 mag., medico capo reparto Medicina; L. 7000 e assegni temporanei c.-v. Età massima 45. Quattro anni in clinica od ospedale civile. Saranno esclusi dal concorso e decadranno eventualmente della nomina i sanitari con vincoli di parentela fino al 4° grado con i sanitari e impiegati stabili del Pio Luogo. Serv. entro un mese.

PORTOVENERE (*Genova*). — L. 4000 e quinquenni decimo per 500 pov. su 2900 ab.; doppio c.-v.; età limite 34. Serv. entro 15 g. Scad. 30 apr.

S. ANATOLIA DI NARCO (*Perugia*). — Consor. con Scheggino; a tutto 15 mag.; L. 8000 e c.-v. per 1000 pov.; L. 2000 disag. resid.; event. resid. pov.; tre quinq. decimo. Ab. circa 2000. Serv. entro 15 g.

S. MICHELE AL TAGLIAMENTO (*Venezia*). — Scad. 30 apr. Due cond.; L. 7800 oltre L. 3400 cav., L. 1800 indenn. malarica, doppio c.-v. Chiedere annunzio alla Segreteria.

S. VENANZIO (*Perugia*). — A tutto 10 mag., 1ª cond.; L. 6000 p. pov. e semi abbienti, c.-v., lire 3000 cav., L. 1500 disag. resid.; assicurazione Servizio entro 20 giorni.

SASSARI. *Municipio.* — Ufficiale sanitario e Capo dell'Ufficio d'Igiene; titoli ed esami; proroga al 30 maggio. L. 10,000 e 5 quinquenni di L. 1000; doppio c.-v.; indenn. missione. Età massima 45 anni al 24 marzo. Serv. entro 30 giorni. Biennio di prova.

TAVENNA (*Campobasso*). — Scad. 30 apr. L. 3000; p. uff. san. L. 1500; 4 quadrienni. Ab. 2100 riuniti;

pov. 200. Per schiarimenti rivolgersi al sindaco o al dott. A. Suriano in Pianiga (Venezia).

TORRICE (*Roma*). — 2ª cond.; 18 kmq. con 5229 ab. di cui 4757 sparsi; L. 7000 per 1500 pov., oltre L. 500 disag. resid., addizion. L. 1.50, c.-v. Pov. poco più di 500. Cinque quadrienni decimo. A tutto 2 mag. chiedere annunzio.

Diffide.

Nuove diffide: Lari per la cond. di Covoli (Pisa), Berzo, S. Fermo e Luzzana Entratico (Bergamo).

Boicottaggi: Poggio Morano, Scheggino-S. Anatolia e Pietralunga (Perugia).

Revoca di diffide: Cornedo (Vicenza), Isola S. Antonio (Alessandria).

Riceviamo:

L'Ordine dei Medici della Provincia di Caserta ha diffidato il concorso per il posto di chirurgo primario dell'Ospedale Melorio di Santa Maria Capua Vetere:

1° perchè, malgrado rigorosi esami, il posto è del tutto gratuito;

2° perchè non essendo fatto obbligo al chirurgo della residenza, il servizio non potrà essere garentito.

Si invitano pertanto i Medici a non concorrere e quelli che già lo avessero fatto a ritirare i documenti.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

NELLE UNIVERSITÀ.

Per l'anno scolastico in corso vennero conferiti i seguenti incarichi:

Cagliari: Prof. Gherardini Pietro, esercitazioni di anatomia patologica;

Firenze: Prof. Amato Alessandro, batteriologia; prof. Siciliano Luigi, elettroterapia e radiologia;

Palermo: Prof. Giuffrè Liborio, patologia medica;

Roma: Prof. Luzzatti Tullio, clinica pediatrica; prof. Puntoni Vittorio, batteriologia;

Sassari: Prof. Leoncini Francesco, medicina legale; prof. Simon Italo, materia medica e farmacologia;

Torino: Prof. Grignolo Federico, clinica oculistica; prof. Palazzo Camillo, odontoiatria; prof. Bertolotti Mario, otorinolaringoiatria.

Il dott. Orlando Cafazzo G. Battista è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia, come medico condotto di Bisaccia e per speciali meriti a favore della salute pubblica, come capitano medico di complemento, in provincia di Caserta e dell'Umbria, durante la grave pandemia influenzale.

Il prof. Domenico Barduzzi è nominato socio onorario della «International Society of Hydrology» di Londra pel valido contributo dato allo sviluppo della idrologia.

L'Accademia delle Scienze di Parigi ha conferito una menzione onorevole di fr. 1500 al dottor A. Vernes pel suo «Atlas de syphilimètrie».

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di febbraio 1922.

MALATTIE	30 gen. 5 feb.		6 12		13-19		20-26	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	95	381	89	780	99	105	87	533
Scarlattina. .	52	132	50	169	71	235	44	85
Vajuolo e vajoloide . . .	6	12	7	10	8	8	2	2
Tifo addominale . . .	87	136	61	113	97	194	72	107
Difterite e croup . . .	159	267	156	250	184	303	148	215
Meningite cerebro-spinale	—	—	—	—	2	2	1	1
Dissenteria	—	—	—	—	3	3	—	—
Tifo petecchiale . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
Colera - Peste bubbonica .	—	—	—	—	—	—	—	—

NOTIZIE DIVERSE.

Congressi.

Aprile 25-28. — Washington, Congresso internazionale di Oftalmologia;

Maggio 9-11. — Bologna, Congr. Ital. di Radiologia medica;

Maggio 25-29. — Napoli, I Congr. Naz. dell'Ass. Italiana per l'Igiene;

Giugno, 2-3. — Parigi, III Congresso internaz. di neurologia;

Giugno 11-14. — Firenze, V Congr. Naz. di Medic. del Lavoro;

Luglio 7-22. — Londra, X Congresso Internaz. di Storia della Medicina;

Luglio 19-22. — Parigi, X Congr. Internazionale di Otologia;

Principio di agosto. — Quimper, Congresso dei medici alienisti e neurologi di lingua francese;

Ottobre. — Padova, X Riunione della Soc. Ital. di Patologia.

Convegno nazionale contro la tubercolosi.

Come avevamo annunziato, si è adunato a Roma nei giorni 12 e 13 aprile. Daremo il resoconto dei lavori in un prossimo numero.

III Riunione neurologica internazionale.

È indetta a Parigi, alla Salpêtrière, il 2 e 3 giugno 1922. Tema generale è: «Le sindromi ipofisarie». Relatori: G. Roussy e J. Camus (Parigi), Froment (Lione).

VII Congresso di Medicina legale francese.

Si terrà a Parigi nei giorni 29-31 maggio 1922 sotto la presidenza del prof. Thibierge. I temi fissati sono: 1° *I laboratori di antropologia penitenziaria e gli annessi psichiatrici nelle prigioni belghe; risultati ottenuti,* relatori: prof. Héger-Gilbert e dott. Vervaech (Bruxelles); 2° *La spettrografia in Medicina legale,* relatori: prof. Zangger (Zurigo) e dott. Delaet (Bruxelles); 3° *Tubercolosi osteo-articolari ed infortuni sul lavoro,* relatore, dott. Robineau (Parigi). Per informazioni rivolgersi al prof. E. Martin (Lyon, rue du Plat 10).

Corso rapido di medicina del lavoro.

Presso la Clinica del Lavoro di Milano sarà tenuto, dal 15 al 30 giugno p. v., il 3° corso teorico-pratico e dimostrativo di Medicina del Lavoro, in cui verrà trattata, secondo le odierne prospettive scientifico-sociali, la materia complessa che costituisce la Medicina del Lavoro, dalla storia della Patologia del Lavoro, alla Etiologia e Patogenesi dei morbi sociali, coi loro quadri morbosi, ed alla Terapia speciale e sociale, alle forme di previdenza, assistenza sociale e prevenzione tecnica nel loro sviluppo scientifico ed amministrativo attuale ed in progetto.

Parteciperanno, come docenti, al corso, oltre il prof. Devoto ed il personale didattico della Clinica del Lavoro, i proff. Beneduce, Bertarelli, Pisenti, Carozzi, Allevi, Piccinini, Bussi, l'ing. Massarelli, il dott. Manfredi, il comm. Calamani ed altri. Tassa d'iscrizione L. 100, da inviarsi al Segretario didattico degli Istituti Clinici (via Commenda, 12), con domanda in carta bollata da lire 1.20.

Corso di infortunistica.

Il 1° maggio verrà iniziato nei RR. Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano questo corso, diretto dal prof. comm. Baldo Rossi; durerà tutto il mese e verranno svolti i seguenti argomenti: Infezioni ed intossicazioni professionali acutissime; Nozioni generali di infortunistica; Clinica traumatologica infortunistica; Ernia da infortunio; Affezioni celtiche ed infortunii; Malattie del naso, orecchio e gola da infortunio; Malattie interne consecutive ad infortunii; Soccorsi di urgenza e prima assistenza ospedaliera negli infortunii; Malattie nervose consecutive ad infortunii; La cura dei postumi da infortunio; Infortunii e malattie del lavoro; Lesioni dell'occhio da infortunio; La cura nei traumi cranio-cerebrali da infortunio; Traumatismi e gravidanza; Apprezzamento della invalidità permanente consecutiva ad infortunio; Organizzazione extra-ospedaliera per gl'infortunii.

I Medici che intendono inscriversi al corso possono chiederne le norme e il programma alla segreteria degli Istituti, Milano, via Commenda, 10.

VII Centenario dell' Università di Padova.

Dal 14 al 17 maggio avranno luogo le feste per la celebrazione di questo Centenario col seguente programma: il 14 avrà luogo all'Università il ricevimento delle rappresentanze italiane ed estere; alla sera la Società del Casino Pedrocchi inviterà gli ospiti nelle sue sale. Il 15 mattina grande cerimonia commemorativa nella sala della Ragione. Serata musicale al Teatro Verdi. Il 16 conferimento delle lauree *ad honorem* in Aula Magna. Banchetto offerto dal Municipio agli Ospiti; serata settecentesca a Palazzo Papafava. Il 17 svolgimento di altre cerimonie e di altre feste a Venezia. L'Associazione laureati di quell'Ateneo ha deciso di prendere viva parte alla prossima solenne celebrazione. Stabilì infatti di far coniare per la vendita una medaglia storica in tre esemplari d'oro, d'argento e di bronzo. La medaglia porterà ad una parte il motto: «Universitas Artistorum», dall'altra «Universitas Iuristorum», con i due sigilli di cui si fregiava il Rettore, che allora veniva scelto fra gli studenti. Per le feste vi sarà una riunione generale di tutti i laureati dell'Università di Padova. In occasione della manifestazione centenaria dell'Università, la Grande Fiera Internazionale dei Campioni, con molto lodevole iniziativa si è proposta di indire nei suoi vasti padiglioni di via Nicolò Tommaseo, una Mostra scientifica.

La Croce Rossa Italiana alla Russia affamata.

L'11 corr. è partito da Napoli alla volta di Noworosisk il piroscafo «Scrivia» noleggiato dalla C. R. I. per il trasporto di una missione di soccorso agli affamati del Volga. Vi erano state imbarcate notevoli quantità di frumento, latte condensato, medicinali, indumenti. La missione è costituita da medici e ufficiali d'amministrazione; impianterà cucine economiche, capaci di distribuire due milioni di razioni, e farà funzionare dei dispensarî medici; svolgerà la sua azione nella zona del basso Volga, per una durata presumibile di quattro mesi. A capo della missione è il maggiore medico Selvi dott. Giovanni della Sanità militare.

La Lega delle Croci Rosse.

Il Consiglio dei Governatori ed il Consiglio Generale della Lega delle Croci Rosse hanno in questi giorni deliberato di trasferire la sede della Lega da Ginevra a Parigi, di dedicare l'opera della Lega alla propaganda igienica, alla preparazione delle infermiere professioniste e alla creazione della C. R. Giovanile, in ogni paese.

La Società delle Nazioni e il problema dell'oppio.

La Commissione della Società delle Nazioni incaricata delle misure da adottare per applicare la Convenzione dell'oppio, ha pregato il Comitato di Igiene della Società di valutare la quantità approssimativa di stupefacenti che si possono considerare necessarie nei varî Paesi per la medicina e per altri bisogni legittimi.

Il Comitato ha accolto l'incarico e ha intrapreso un'inchiesta, cominciandola nei paesi civili meno densamente popolati: Australia e Nuova Zelanda.

" Difesa sociale ".

Gradatamente la protezione collettiva viene sostituendosi a quella individuale come scopo agli sforzi dell'igiene.

Questa trasformazione è la conseguenza della nostra evoluzione sociale. Il predominio ogni giorno più manifesto degli aggruppamenti collettivi e l'intensificarsi di tutti i rapporti sociali, ha avuto per conseguenza di favorire la disseminazione di certe malattie contagiose come la tubercolosi e la sifilide, di sviluppare certi vizi come l'alcoolismo e il cocainismo, di accrescere le cause d'insalubrità domestica, rurale e urbana: pericoli tanto più gravi, in quanto minacciano non solo la società attuale, ma l'avvenire della razza.

È per lottare contro questi pericoli sociali che l'igiene fa appello alle discipline sociali. Questa fase nuova della lotta sanitaria, quest'ultima tappa dell'igiene, costituisce ciò che si chiama l'igiene sociale.

È questa evoluzione dell'igiene, la quale estende il suo dominio senza rinnegare il suo passato, che viene rispecchiata dal nuovo periodico mensile «*Difesa sociale*», edito dall'*Istituto d'igiene, previdenza ed assistenza sociale* fondato e diretto dal prof. Ettore Levi.

***

Il primo fascicolo contiene un magnifico articolo del sen. Grassi, il quale prospetta con chiarezza impareggiabile il problema della malaria, d'importanza fondamentale per il nostro Paese; reca anche un articolo del Levi ed una serie di recensioni e d'informazioni interessanti; esso costituisce una garanzia per l'avvenire della rivista.

La bella iniziativa del Levi merita di essere caldamente incoraggiata ed efficacemente sostenuta.

L'attività didattica dell'Istituto sieroterapico Milanese.

L'Istituto sviluppando un vasto programma didattico, ha tenuto i seguenti corsi: di biologia patologica dal 28 novembre al 9 dicembre 1921; di batteriologia dall'11 al 23 gennaio 1922; di biologia industriale dal 27 marzo al 7 aprile 1922 (questo corso si era già tenuto con esito felice lo scorso anno, ma ora ne è stato ampliato il programma). Vengono organizzati altri corsi; le lezioni hanno luogo nel pomeriggio (dalle 15 alle 18) per dar modo di frequentarle anche a chi non possa abbandonare il proprio lavoro; non sono ammessi più di 15 frequentatori per volta, allo scopo di rendere più efficiente l'insegnamento.

L'ispettorato medico del lavoro a Padova.

Con un discorso del prof. A. Cividalli è stato inaugurato a Padova l'Ispettorato medico del lavoro annesso all'Ufficio municipale d'igiene, presenti molte notabilità sanitarie e civiche, i rappresentanti operai di stabilimenti industriali, ecc.

Onoranze al sen. Mangiagalli.

Il 9 corr. è stato solennemente festeggiato all'Istituto ostetrico ginecologico di Milano, il quarantesimo anno di insegnamento universitario del sen. Mangiagalli. Erano presenti il Ministro della P. I. on. Anile, il Sottosegretario De Capitani, il prefetto, il sindaco, le autorità civili e militari e molte notabilità del mondo scientifico. Avevano aderito il Conte di Torino, Gabriele D'Annunzio, l'on. Mussolini e molti altri anche dall'estero. Ha parlato per primo il Ministro Anile comunicando che il festeggiato è stato insignito dal Governo della Croce di gr. uff. Mauriziano. Lo ha seguito il Sindaco dott. Filippetti. Il sen. Mangiagalli fra grandi applausi ha pronunciato il discorso durante il quale ha annunciato di aver deciso di concorrere con la somma di 100,000 lire perchè un padiglione dell'Istituto sia provvisto di un apparecchio ultrapotente per la cura dei tumori e per l'impianto alla Clinica del lavoro di un apparecchio per i raggi X per la cura della malaria cronica.

Contro gli abusi dell'ospedalizzazione in Francia.

«La Tribune Médicale» del marzo 1922 dà notizia di un regolamento-modello adottato dal Consiglio Superiore dell'Assistenza pubblica. Se applicato con rigore, questo regolamento sopprimerà gli abusi dell'ospedalizzazione gratuita. Gli ospedali rimarrebbero riservati ai soli indigenti, fatte poche eccezioni per malattie contagiose, per casi urgenti, per operazioni che non possano eseguirsi a domicilio od in case di salute, ecc.; in questi casi i malati dovranno corrispondere almeno le diarie, per solito anche una sensibile percentuale in più ed a volte le spese d'intervento, a seconda delle loro risorse. La Commissione amministrativa deciderà sull'accettazione e sui compensi da esigere.

Il regolamento non dà soddisfazione ad alcune categorie — funzionari subalterni, piccoli impiegati, pensionati, ecc. — la cui vita, fatta di oscure abnegazioni e di sacrifizi, è spesso alle prese con difficoltà gravi, specialmente se sopravviene una malattia; ma per questi diseredati possono e debbono intervenire le opere di mutua assistenza

Riforma dell'insegnamento secondario ed esigenze igieniche in Francia.

È stato elaborato in Francia un progetto per la riforma dell'insegnamento secondario; esso verrà ora sottoposto all'esame del Parlamento.

Il progetto è stato oggetto di lunghe discussioni, specialmente in seno all'Accademia di Medicina di Parigi, la quale ha infine approvato un ordine del giorno perchè siano ridotte le ore di lavoro e sia limitato il numero di alunni per ogni classe, perchè si provveda all'omogeneità degli alunni creando classi differenziali, perchè i programmi siano ridotti e resi più pratici, e l'insegnamento sia basato di più sul raziocinio e sull'osservazione sensoriale, perchè si dia incremento ai lavori manuali e sia curata l'educazione fisica, perchè il compito dei medici scolastici venga allargato e si generalizzi l'uso di schede individuali, perchè s'instuarino metodi pedagogici nuovi, a titolo di saggio.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 15 gen. — G. A. PARI. Refrattarietà del sistema nervoso vegetativo ad eccitazioni multiple contemporanee.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 16 gen. — S. DE SANCTIS. I mutismi in neuropsichiatria infantile.

La Presse Méd., 18 genn. — J. A. SICARD e J. FORESTIER. Rachialgia lombare cronica (lombaggine cronica reumatica); laminectomia.

Wiener Klin. Wochens., 19 gen. — L. HESS e R. REITLER. Sull'antisepsi interna.

Giorn. di Clin. Med., 20 gen. — CELERA. Azione degli estratti di glandole linfatiche nel sangue.

Wiener Archiv f. inn. Medizin, 20 gen. — A. v. FEKETE, D. FUCHS e B. MOLNÁR. Nephropathia gravidarum. — E. FÖLDES. Edema diabetico e acidosi.

Paris Médical, 21 gen. — Numero sulle malattie dell'apparecchio respiratorio.

Archivos de Medicina, ecc., 21 gen. — E. ABDERHALDEN. Le nutramine.

Medizinische Klinik, 22 gen. — Inchiesta sulla nuova epidemia influenzale.

Wiener Klin. Wochens., 26 gen. — B. ASCHNER. Abito e costituzione.

La Presse Méd., 28 gen. — L. GALLAVARDIN. Le sindromi anginose nelle cardiopatie.

British Med. Journal, 28 gen. — R. PHILIP. La tubercolosi del sistema linfatico.

Mediz. Klinik, 29 gen. — R. WAGNER e J. K. PARNAS. Correlazione delle glandole interne.

Brazil-Medico, 31 gen. — J. BARBOSA. Tisi sifilitica.

The Americ. Journ. Med. Sciences, gen. — M. H. FUSSELL e J. A. KAY. Sintomi di appendicite nella pericardite acuta. — F. KENNEDY. Tipi periferico e radicolare dell'encefalite epidemica.

Riv. di Clin. Pediatr., gen. — G. FRONTALI. La resistenza vasale in condizioni normali e patologiche.

La Radiol. Med., gen. — V. MARAGLIANO. Le formazioni pseudocavitarie del polmone.

Edinburgh Med. Journ., gen. — J. MEAKINS e H. W. DAVIES. L'indice del metabolismo basale.

L'Encéphale, gen. — C. U. ARIËNS KAPPERS. Sulla neurobiotassi. — J. ROGUES DU FURSAC e FURET. Gli arsenobenzoli a piccole dosi ripetute nella paralisi generale.

Archivio di Patologia e Clinica Medica, gen. — A. GASBARRINI. Studi clinici sul tono muscolare. — S. ZISA. L'immunità dei globuli rossi contro la pirodina.

Revue de Méd., n. 1. — J. LÉVI-VALENTI. Sindrome cerebellare e sindrome vestibolare.

Ann. di Nevrologia, IV-V. — L. BIANCHI. Contributo allo studio dell'afasia.

Minerva Medica, 1° feb. — L. DATTA, L. BORELLI. Pneumotorace terapeutico.

The Practitioner, feb. — O. LEYTON. La glicosuria trascurabile.

Surg., Gyn. a. Obstetr., feb. — F. W. HARTMAN. I tumori delle sinoviali articolari — J. B. DEAVER. L'istruzione medica.

Proc. R. Society of Medic., feb. — Stazioni balneari e climatiche in ginecologia (discuss.). — Casistica varia.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 1 Maggio 1922 Fasc. 18

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE « UMBERTO I » - ANCONA.

Sovra due casi di crisi asmatiche di origine pleurica. La pleurite asmogena.

Prof. UMBERTO BACCARANI
direttore e medico primario.

E' cognizione abbastanza vecchia (Roger 1864), che le irritazioni della pleura sono capaci di provocare delle scariche nervose a tipo epilettiforme.

Sono noti infatti molti casi di crisi convulsive in seguito a lavaggi della pleura — in soggetti con pleuriti purulente — e persino a semplici toracentesi.

E sono noti anche — sebbene rarissimi — alcuni casi di « epilessia pleurica spontanea »: di attacchi cioè di epilessia, come manifestazione iniziale di una pleurite semplice. Io stesso ho avuto l'opportunità di osservarne un caso veramente dimostrativo, nel quale l'inizio di una classica pleurite *a frigore* venne accompagnata da un attacco epilettiforme generalizzato.

Non ho invece riscontrato nella letteratura medica — sebbene io abbia eseguite lunghe e meticolose ricerche — nessun attacco di asma bronchiale a seguito di puntura esplorativa semplice.

E poichè ho avuto l'opportunità di osservarne due esemplari impressionanti nella mia pratica ospitaliera, ritengo di fare opera lodevole — a contributo delle sindromi nervose di origine pleuritica e nello interesse dei colleghi — di renderli di pubblica ragione.

La presente noticina quindi non vuole avere nessuna pretesa, all'infuori della esposizione di un fatto bene accertato. E nella Clinica i fatti bene accertati resistono alla moda scientifica e al tempo, e portano innanzi il sapere umile e vero del medico coscienzioso.

Ecco le due osservazioni cliniche:

L. M., di anni 42, portiere. Di buona derivazione. Non ha mai avuto malattie importanti, se si fa eccezione dell'attuale. Non bevitore, non fumatore. Assicura di non avere avuto malattie veneree, nè la sifilide.

Da una diecina di anni va soggetto, sopratutto nell'inverno e nella primavera, ad attacchi di « asma bronchiale » preceduti da raffreddori di naso. In alcuni di questi attacchi ha avuto febbre piuttosto alta, qualche dolore vago al torace ed espettorazione muco-purulenta abbondante. La durata di queste rinobronchiti a tipo asmatico variava da una set-

timana a una ventina di giorni; poi tutto rientrava nella norma.

Nel marzo del 1916, il paziente — pare in seguito a una causa reumatizzante — ha presentato un attacco di rino-bronchite asmatica, più grave e più protratto dell'abituale. Dopo una settimana dall'inizio della malattia, l'infermo venne colto da forte dolore alla base dell'emitorace destro, riacutizzantesi con gli atti respiratori; da febbre piuttosto alta e da qualche sputo con lievissime striature di sangue. Per questo aggravarsi della sua solita forma morbosa venne inviato all'Ospedale.

All'atto del suo ingresso nel Padiglione l'infermo presenta d'importante quanto segue: stato generale discreto; febbre a 38°.5; polso 100 battute al 1'; respiro affannoso, con espirazione prolungata, un po' difficile; lievissima cianosi alle labbra; narice destra impervia; faringe arrossata.

Torace con tendenza alla forma quadrata e con rientramenti manifesti negli spazi intercostali e nelle fosse sopraclavicolari. Alla percussione suono iperfonetico su tutto l'ambito polmonare, all'infuori che alla base dell'emitorace destro, dove — dalla punta della scapola in basso — il suono appare dapprima ipofonetico e poi ottuso del tutto. In questa regione il fremito è quasi abolito e il respiro si ascolta debolissimo. Su tutto il rimanente dell'ambito polmonare si ascolta un respiro ruvido, bronchializzato, con ronchi e sibili in copia, specialmente espiratori. Subito al di sopra del pelo dell'ottusità si odono numerosi rantoli a piccola bolla, inspiratori.

Nulla di notevole a carico dell'apparato cardio-vascolare e dei visceri dell'addome. Urine con traccie di albumina. Wassermann negativa.

Si fa diagnosi di rino-bronchite a forma asmatica con pleurite essudativa destra di origine corticale. E a conferma di questo giudizio e a controllare la natura del liquido pleurico, pratico io stesso una puntura esplorativa con siringa Pravaz ad ago finissimo.

Appena punta la pleura parietale — e in tutta fretta estraggo una siringa di essudato siero-fibrinoso semplice — appena punta la pleura, ripeto, l'infermo viene colto da una crisi asmatica, che va rapidissimamente aumentando, fino a mettere in pericolo la vita. Il paziente si fa cianotico, con gli occhi sbarrati nel vuoto e le pupille fortemente miotiche insensibili; il polso diventa piccolo, impalpabile; si notano delle lunghe pause nel respiro. La respirazione, sommamente difficile sopratutto nella espirazione, era accompagnata da fischi e sibili che si udivano a distanza anche dai vicini di letto.

Pratico una puntura di morfina con atropina, qualche iniezione di olio canforato, somministro dell'ossigeno, e poi di nuovo una puntura di morfina e atropina. Finalmente, dopo un buon quarto d'ora di questo stato gravissimo terrificante, l'infermo prende grado a grado a migliorare.

Dopo un'ora e mezzo il paziente era ritornato del tutto nello stato di prima e dichiarava di non ricordare nulla dal momento che io avevo estratto l'ago dalla pleura.

T. E., di anni 49, marmista. Anamnesi famigliare muta; non alcool; non tabacco; non sifilide. Da parecchi anni — nei cambiamenti di stagione e specialmente nell'autunno — è preso da attacchi di «asma» preceduti, accompagnati, o seguiti da «naso chiuso».

Sui primi di marzo del 1921 ha avuto uno dei soliti attacchi; ma questa volta assai più grave dei precedenti, avendo avuto febbre con qualche brivido e dolore puntorio, piuttosto forte, sotto la mammella sinistra. Per questa complicanza entra all'ospedale il 24 marzo 1921.

Alla visita del mattino io noto d'importante questo: individuo deperito, seduto sul letto, con respiro affannoso. Temp. 38.4. Torace quasi a botte, con rientramenti inspiratori degli spazi intercostali e delle fosse sopraclavicolari. Su tutto il torace suono di scatola, all'infuori della base dell'emitorace destro, da due dita sotto la punta della scapola in basso, dove il suono appare sub-ottuso. In questa regione si ascolta un soffio bronchiale velato e poco al di sopra della zona di ottusità si percepiscono numerosi rantoli a piccola bolla inspiratori. Nel resto dell'ambito toracico numerosi ronchi e sibili, specialmente espiratori.

Nulla degno di nota all'apparato cardio-vascolare; polso regolare, abbastanza pieno, della frequenza di 110 pulsazioni al 1°. Visceri dell'addome nei limiti normali. Nulla di notevole all'esame delle urine, se si fa eccezione di traccie non dosabili di albumina.

Faccio giudizio di bronchite asmatica di origine riflessa (nasale) con bronchiolite corticale e pleurite secondaria destra. E a conferma di questa ultima parte della diagnosi pratico una puntura esplorativa con ago finissimo. Appena entrato in cavità (estraggo in fretta e furia una siringa di essudato siero-fibrinoso leggermente torbidiccio), l'infermo viene preso da una terribile crisi di asma: una vera e propria scarica asmatica violentissima. Il respiro diventa difficilissimo, con momenti di lunga pausa; il viso, le mani, i piedi diventano cianotici; il paziente si copre di sudore, perde la conoscenza; le pupille si fanno miotiche senza reazione; il polso impercettibile... Breve: si ha l'impressione che il malato debba cessare di vivere da un momento all'altro, tanto sono disperate le sue condizioni generali.

Pratico una iniezione di morfina e atropina, delle punture di olio conforato, do dell'ossigeno, e poichè le pause respiratorie si protraggono e l'ammalato non dà segni di vita, eseguo la respirazione artificiale.

Dopo un buon quarto d'ora di questo stato — nel quale io credevo di perdere sicuramente l'ammalato — l'infermo incominciò grado grado a migliorare, e dopo un'oretta, pur continuando ad avere affanno notevole, sopratutto espiratorio, poteva considerarsi fuori di ogni pericolo. L'ammalato dichiara di non ricordare nulla del pericolo passato.

I due casi si rassomigliano tanto da sembrare calcati sulla stessa negativa.

In due soggeti, con precedenti asmatici di origine nasale — io astraggo per il momento dagli studi suggestivi della scuola americana — si è fatto un attacco di rino-bronchite a forma asmatica con complicanza pleurica. Il fatto è abbastanza comune: la flogosi iniziatasi dalla mucosa nasale è discesa (Trousseau)

fino alla pleura. E cioè hanno partecipato al processo infiammatorio i due estremi dell'apparato respiratorio (Nimeyer).

In tutti e due i casi io ho eseguito la puntura della pleura in periodo caldo; cioè con fatti asmatici, sebbene discreti, in atto. La puntura esplorativa ha provocato nei due soggetti — subito, prima che la operazione avesse termine — una ripresa imponente, terribile dell'attacco asmatico, il quale è andato rapidissimamente aumentando fino a raggiungere un quadro morboso dei più impressionanti. Io ho avuto la impressione che i due soggetti dovessero morire da un momento all'altro. E tutto questo in dieci minuti e non di più.

Poi, sotto l'azione di abbondanti iniezioni sedative e antispasmodiche (morfina e atropina) e di iniezioni cardiocinetiche, gli attacchi sono andati grado grado diminuendo, fino a ridursi, nella quantità e nello aspetto, a quello che erano prima della puntura.

Come si possono interpretare questi fatti?

Tutti gli autori sono d'accordo nell'ammettere — per le crisi epilettiformi — che si tratti di un «riflesso con punto di partenza dalla pleura» (Lambry e Bloch). Parecchi osservatori, — fra i quali Gilbert e Roger, Roch, Cordier, ecc. — hanno riprodotto sperimentalmente gli attacchi epilettiformi in animali con la immissione nella pleura di liquidi irritanti, come, per esempio, la tintura di jodio e il cloruro di etile. Inoltre si sa che il taglio di tutti e due i vaghi sopprime il riflesso di orgine pleurica, mentre invece la resezione del simpatico e del frenico resta senza alcun effetto.

Ora la stessa interpretazione può valere anche per la crisi di asma bronchiale, le quali possono bene considerarsi come un equivalente epilettico a manifestazioni esclusivamente bronchiali (bronco-spasmo riflesso) di origine dalla pleura.

E il fatto che si è trattato di soggetti con attacco asmatico in atto, può confortare questa ipotesi, chè è molto facile, per una nota legge di fisio-patologia, l'esagerazione di un riflesso, per una causa anche lieve, quando questo riflesso, sia pure per un'altra ragiore, è in istato di azione, o in potenza di divenire, o — come dicono i francesi — in marcia.

I miei due casi si prestano infine a una considerazione di alto valore pratico: è imprudente, e può essere pericoloso, pungere la pleura di ammalati con asma bronchiale in atto.

Quando si deve fare questa puntura è assolutamente indispensabile di farla precedere da una iniezione di morfina.

Ancona, marzo 1922.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretta dal prof. TULLIO LUZZATTI, incaricato.

Sindromi nervose poco comuni nella malaria dei bambini

per il dott. GUIDO SQUARTI, assistente volont.

È ben noto come la malaria, in tutte le sue forme, non risparmi l'infanzia. Tranne forse i bambini nei primissimi mesi di vita, ne sono colpiti in tutte le età; soltanto che le manifestazioni cliniche, che nei più grandicelli non differiscono da quelle degli adulti, nei bambini al di sotto dei 6-7 anni sono notevolmente diverse e tanto più abnormi quanto più tenera è l'età del soggetto.

Caratteri dell'accesso malarico. — Data la indole eminentemente pratica di questo lavoro, credo utile ricordare come nei piccoli malarici quasi sempre manchi il caratteristico brivido iniziale anche nelle forme quartenarie nelle quali invece di solito suol essere così forte e prolungato. Il brivido stesso può essere sostituito da un fugace raffreddamento delle estremità con pallore del viso, cianosi delle labbra, dei letti ungueali, ecc.; da uno stato speciale d'irrequietezza o d'iperestesia generale, da sbadigli con nausee e vomiti, molto spesso da diarrea profusa; insieme con qualcuno di questi sintomi sono frequenti attacchi dispnoici o convulsivi, scosse muscolari, ecc. Durante l'ascesa della temperatura la pelle si fa secca e calda, le gote arrossate; si accentua l'irrequietezza, ma spesso al periodo di agitazione subentra uno stato di torpore e di sonnolenza profonda. Le iperpiressie provocano facilmente attacchi convulsivi generali o parziali anche nelle forme primaverili. Di solito nel bambino detti fenomeni cessano con la caduta della febbre che per altro non sempre induce loro quel benessere che è tipico dopo l'accesso malarico. Del resto la stessa curva termica di rado è nettamente intermittente; spesso è invece subcontinua fino dall'inizio o almeno da quando ci è possibile il controllo.

Nella defervescenza il sudore, specie nei bambini al di sotto dei tre anni, può mancare completamente o, come nei più grandicelli, manifestarsi limitatamente alla fronte, alla nuca ed alle regioni flessorie degli arti. Sono invece relativamente frequenti altre manifestazioni cutanee, quali eritemi morbilliformi e scarlattiformi; eruzioni di orticaria, ecc.

Sindromi malariche. — Dal rapido riassunto delle principali caratteristiche dell'accesso malarico emerge con quanta facilità sia possi-

bile nei bambini confondere la malaria stessa con altre affezioni morbose: errori diagnostici sono maggiormente possibili perchè, proprio nell'infanzia, la sintomatologia con più frequenza rimane alterata dalla prevalenza di manifestazioni a carico di vari organi e sistemi.

Nei bambini, dopo l'apparato digerente, che, specialmente nelle forme estivo-autunnali, può dirsi costantemente alterato, è il sistema nervoso, in specie centrale, che con maggior frequenza si dimostra interessato. Del resto anche negli adulti le complicazioni nervose da malaria si ripetono così spesso da far concludere al Rusca che non c'è forse nessun'altra malattia infettiva (eccettuata la sifilide) capace di ripercuotersi sul sistema nervoso con tante e così svariate manifestazioni quante se ne presentano nella malaria. Ed io credo come tale asserzione sia ancora più appropriata per la malaria infantile dove la speciale vulnerabilità del sistema nervoso, in rapporto specie con l'età, maggiormente offre quelle condizioni individuali invocate anche dai primi e più autorevoli osservatori (Baccelli, Concetti) a spiegare la perniciosità di talune forme.

Sindromi nervose. — Volendo parlare delle sindromi nervose conviene distinguere quelle malariche propriamente dette in rapporto cioè col periodo febbrile, da quelle post-malariche o post-infettive (Marchiafava, Bignami) che insorgono tardivamente ed all'infuori degli accessi febbrili, quando i parassiti sono scomparsi dal sangue periferico e la malaria esiste seppure in stato di latenza.

Tra le sindromi *post-infettive* più comuni nei bambini il Concetti (in Grancher e Comby) ricorda l'astenia, la sonnolenza, il delirio, le paresi e le paralisi transitorie, i *tic* spasmodici, i tremori, ecc. Queste sindromi, non sempre, secondo alcuni, imputabili direttamente alla malaria, sarebbero in rapporto con quelle alterazioni che la malaria stessa è capace d'indurre specialmente nel tubo digerente, nel fegato, nel sangue, ecc., ed in proporzioni più ristrette si vorrebbero riportare ad una intossicazione chimica in specie da chinino.

Le sindromi malariche propriamente dette possono distinguersi clinicamente in meningee, cerebrali, midollari, nevritiche, nevrosiche e mentali. È specialmente a questo gruppo che corrispondono vere e proprie alterazioni anatomo-patologiche del sistema nervoso in diretto rapporto con la infezione malarica. Dette alterazioni in specie a carico del cervello, note sopratutto per merito della Scuola romana, consistono in un disturbo di circolo più o meno accentuato che si manifesta con iperemia degli involucri e della massa cerebrale, con rallentamento della circolazione nei piccoli vasi per l'accumulo di emazie parassitifere (con o senza pigmento, donde il diverso colore melanotico o rosso) con trombosi parassitaria, diapedesi degli elementi sanguigni traverso le pareti dei capillari i cui endotelî sono rigonfi e degenerati, ed emorragie più o meno vaste e diffuse. Il Bignami ha inoltre dimostrato un processo di cromatolisi a carico delle cellule nervose con alterazione dei loro nuclei e dei prolungamenti specie dendritici. A tali alterazioni oltre il disturbo circolatorio non si esclude che possono concorrere speciali sostanze tossiche prodotte dai parassiti (Marchiafava e Bignami) che, secondo altri, ne sarebbero la causa unica. Lo stesso accesso malarico viene da alcuni interpretato come una manifestazione anafilattica dovuta all'azione esercitata sul sistema nervoso dalle sostanze albuminoidee che si rendono libere.

La sindrome nervosa che ricorre più spesso nei bambini, e specialmente nei più piccoli, oltre quella *comatosa*, comune a tutte le età, è la sindrome *eclamptica*. Si è già accennato come spesso nei bambini un attacco convulsivo possa supplire il brivido iniziale. Tanto nelle forme primaverili, come nelle estivo-autunnali le crisi convulsive possono insorgere e ripetersi durante tutto il periodo febbrile. Sono per lo più convulsioni tonico-cloniche, generalizzate o a tipo emiplegico o monoplegico, che di solito diradano, si attenuano fino a scomparire col regredire della temperatura e riapparire spesso col successivo attacco febbrile. In genere nessun relitto funzionale permane lungamente dopo la caduta della febbre ed è invero eccezionale il caso osservato nella nostra Clinica, ed illustrato dallo Spolverini, di una bambina di 11 mesi la quale, fin dall'inizio di una terzana primaverile, presentò emiplegia spastica destra, aggravantesi ad ogni accesso febbrile e che, anche dopo scomparsa la febbre, non regredì che molto lentamente.

Dalla sindrome eclamptica va distinta la *perniciosa tetanica* che nei bambini non è meno frequente che negli adulti; in essa vi è trisma, contrattura dei m.m. degli arti e del tronco con contrazioni tonico-cloniche ingravescenti, ecc.

Basterà appena accennare ad altre sindromi, nei bambini meno frequenti, quali la bulbare, la cerebellare, l'afasica, la coreica, la sincopale, ecc., per passare alle forme meningee che meritano tutta la nostra attenzione

perchè le più recenti ricerche sul liquido cefalo-rachidiano dei malarici autorizzano a ritenere tali forme più frequenti di quello che non appaia: i casi pubblicati sono infatti relativamente scarsi per gli adulti malgrado il notevole contributo portatoci dalla guerra e scarsissimi per i bambini i quali non sono stati certo risparmiati dalla ripresa della infezione malarica verificatasi in questi ultimi anni.

Sindrome meningea. — La maggior parte degli AA. concorda nell'ammettere come la sindrome meningea da malaria sia molto variabile e disordinata, senza un decorso progressivo, spesso (come si esprime Paisseau) ad evoluzione intermittente, nel senso che i sintomi meningei si riacutizzano o si accentuano ad ogni accesso febbrile. Il quadro può essere dei più completi: cefalea, delirio, scosse convulsive, rigidità nucale, posizione a cane di fucile, Kernig, aumento dei riflessi cutanei e tendinei, dolore nei punti di emergenza dei nervi cranici, disturbi vasomotorî; pupille fisse midriatiche e non miotiche come nel semplice accesso malarico; meno frequentemente strabismo, anisocoria, grido idrocefalico, iperestesia generalizzata, bradicardia, stipsi, disturbi respiratori, adinamia profonda e coma.

È ovvio che la sindrome non è sempre così completa ma può assumere gradi e fisionomie diverse che forse, almeno nei bambini, sono in rapporto, non tanto con la varietà del parassita, quanto con la durata della infezione e con fattori individuali tra i quali l'età e le condizioni del soggetto sono i più importanti.

Paisseau e Hutinel distinguono tre tipi diversi di sindromi meningee da malaria:

a) Reazione meningea citologica dimostrabile con la puntura lombare ed espressa clinicamente da una cefalea intensa, vomito, paresi di un nervo cranico, amaurosi transitoria, herpes labiale, ecc.

b) Meningismo o stato meningeo frequentissimo nei bambini che, come in altre forme infettive, presentano tale reazione anche nella malaria. In questa forma i sintomi nervosi sarebbero piuttosto dominati da disturbi di natura diversa, oppure si stabilirebbero così insidiosamente da mentire una meningite tbc. Non raramente vi si associano disturbi gastrointestinali notevoli e fenomeni generali tali da far pensare ad un tifo.

c) Meningite acuta, o secondo altri, a tipo cerebro-spinale, nella quale la sindrome meningea è completa tanto da far pensare ad una m. cerebro-spinale. Gli AA. considerano questa forma una varietà degli accessi perniciosi.

La differenziazione adottata dalla Scuola francese corrisponde realmente alla osservazione clinica, ma naturalmente le tre forme non sono altro che stadi diversi dello stesso processo per cui dalla semplice reazione delle meningi si può passare alla sindrome meningea più completa quando, per esempio, misconosciutane la causa, si ritardi il trattamento specifico.

A tal proposito ci sembra istruttiva la seguente osservazione:

CASO I. — B. O., di anni 6, proveniente dalla Borgata di Porta Furba, entra in Clinica il 29 ottobre 1920.

Anamnesi. — Genitori di costituzione gracile: padre bevitore, fumatore e nevropatico; madre con quattro gravidanze normali, a termine, nessun aborto. Un fratello morto a 10 mesi per morbillo; due fratelli stanno bene. La B. ha avuto allattamento materno per 14 mesi; dentizione e deambulazione iniziate tardi; sofferto morbillo a 3 anni.

Otto giorni fa cominciò ad accusare malessere generale e senso di freddo, il giorno seguente si constatò febbre fino a 38°.5 con poca tosse, lingua patinosa, anoressia, feci diarroiche, fetide. La febbre nei giorni seguenti si mantenne continua remittente con massimo fino a 40° e minimi a 38°, senza brividi, ma con forte cefalea, frequenti nausee e vomito. Negli ultimi giorni alla diarrea si è sostituita una stipsi ostinata. Le orine di colore carico si sono mantenute per quantità normali. Nel sospetto di una forma intestinale, la B. è rimasta a dieta lattea.

La sera del sesto giorno, con T. a 38°.5, viene improvvisamente colta da ambascia, agitazione, dispnea, e da attacchi convulsivi generalizzati ripetutisi più volte nella notte, con permanente perdita della coscienza. Viene portata in Clinica la mattina seguente in settima giornata di malattia.

Esame obiettivo. — T. 38°.7, P. 88, R. 30. Stato generale grave, di nutrizione scadente, cute pallida, pomelli arrossati, facies soporosa. Decubito laterale sinistro con la testa portata indietro e gli arti superiori ed inferiori flessi e ravvicinati al tronco (posizione a cane di fucile); si agita e grida quando si tenta rimuoverla. Torace e cuore negativi. Parete addominale retratta. Milza alla percussione sorpassa anteriormente l'ascellare anteriore. Fegato debordante. Sistema nervoso: strabismo convergente, pupille midriatiche, uguali, tarde alla luce. I movimenti passivi, specie degli arti inferiori, offrono notevole resistenza; accentuata rigidità nucale, Kernig presente, riflessi patellari difficilmente provocabili, plantari più accentuati a sinistra, Babinscki permanente specie a destra, non cloni; dermografismo pronto e persistente, iperestesia generalizzata. Perdita involontaria delle orine, alvo chiuso.

Con la puntura lombare fuoriescono circa 10 cmc. di liquido limpido a gocce ravvicinate che non forma reticolo, contiene il 0.20 % di albumina e nel centrifugato pochi linfociti per ogni campo microscopico. Esame delle

orine negativo. L'esame del sangue per la malaria dimostra numerosi parassiti della f. estivo-autunnale (Sironi).

La febbre cade per crisi dopo 2 iniezioni di chinina ed i sintomi meningei scompaiono rapidamente.

In questo caso di malaria estivo-autunnale l'inizio, il decorso, la curva termica ed i disturbi gastro-enterici avevano in primo tempo fatto sospettare un tifo: la sindrome meningea, dapprima accennata dalla cefalea e da un vomito persistente, esplose improvvisa con un attacco convulsivo, stabilendosi abbastanza completa molto rapidamente. Notevole anche che senza il reperto positivo del sangue, malgrado la splenomegalia, i soli sintomi clinici ed i caratteri del liquor non permettevano di escludere che poteva trattarsi di un meningotifo o di una forma tubercolare.

Caratteri del liquido cefalo-rachidiano. — Dopo i primi studi del Pende (1905) sulle modificazioni del liquido cefalo-rachidiano in alcuni casi di perniciosa malarica, vari AA. si sono occupati dell'argomento; nella nostra Clinica ricerche sistematiche sul liquor dei bambini malarici sono state condotte dal Genoese. Dall'insieme dei risultati che ci sono noti è lecito trarre alcune importanti conclusioni: nei malarici con sintomi meningo-encefalici, molto più raramente in assenza di questi, si riscontrano variazioni fisico-chimico e microscopiche nel liquido cefalo-rachidiano: la pressione del liquido di solito è poco aumentata e di conseguenza la quantità raramente è abbondante. Il liquor è costantemente limpido e non forma reticolo. L'albumina vi è quasi sempre aumentata ma in quantità variabile, mai eccessivamente (nelle nostre ricerche ha oscillato tra il 0.15 ed il 0.50 ‰). I cloruri, che alcuni hanno trovato diminuiti, secondo il Genoese, sono leggermente aumentati. Nei veri stati meningei concordemente è stata trovata una reazione linfocitaria più o meno accentuata (da 2 a 20 elementi per campo microscopico); insieme con i linfociti è facile rinvenire dei mononucleati grandi e solo eccezionalmente dei polinucleati. Non è stata mai rilevata nel liquor la presenza di parassiti malarici.

Dette manifestazioni citologiche, rappresentando il grado della reazione meningea, sono proporzionate alla sindrome clinica e specialmente alla sua durata; ma, come dimostrano due osservazioni del Genoese, può riscontrarsi reazione leucocitaria nel liquor senza apprezzabili sintomi clinici ed una sindrome meningea completa con assenza di elementi cellulari nel liquido cefalo-rachidiano. Anche nel nostro esempio il reperto chimico e citologico del liquido cefalo-rachidiano non era proporzionato alla sindrome nervosa la quale però è bene notare come si fosse stabilita appena 12 ore avanti la rachicentesi.

Si può concludere come, tranne casi eccezionali o nei quali la puntura lombare venga praticata in primissimo tempo, l'esame completo del liquor potrà anche nella malaria dare in genere un utile indizio diagnostico, che solo l'esame del sangue potrà convalidare.

Polinevriti malariche. — Mentre le sindromi spinali da malaria sono rare o almeno, secondo che afferma l'Ascoli, raramente dimostrate, meno infrequenti appaiono le forme di nevriti e polinevriti, alla conoscenza delle quali largamente ha contribuito la Scuola Romana. Dopo le osservazioni del Chiarini, del Bardellini, basterà ricordare quelle dello Schupfer che sulle nevriti periferiche da malaria ha pubblicato un importante studio critico. Durante la recente guerra la casuistica anche di queste forme si è notevolmente accresciuta ma, per il carattere stesso dell'affezione, quasi sempre suscettibile di guarigione o con postumi per lo più compatibili con la vita, rimangono tuttora scarsissimi i reperti anatomo-patologici per cui la questione patogenetica sulle nevriti malariche rimane quale fu posta specialmente dal Marchiafava e dal Bignami che in tali lesioni, senza completamente escludere una qualche influenza tossica, davano la massima importanza alle *« alterazioni circolatorie procedenti dalle localizzazioni parassitarie ed alle consecutive alterazioni delle pareti vasali e degli elementi nervosi »*.

Recentemente il Moreau (1919) sostiene come la teoria tossica possa invocarsi solo per un limitato numero di nevralgie e nevriti malariche, mentre per altre si debba dare maggior importanza ai disturbi circolatori. A sostegno di ciò ricorda come ricerche anatomo-cliniche recenti abbiano dimostrato che le lesioni vasali nella malaria sono più frequenti di quel che non si creda; cita una antica osservazione dell'Eichhorst (1877) nella quale si rinvenne un ispessimento della parete dei vasi del perinervio e numerose emorragie nell'endonervio per rottura dei capillari peri- ed intrafascicolari. Successivamente anche Grall e Clarac (1911) hanno notato, oltre a fatti di iperemia, essudazione leucocitaria, infarti ematici e stravasi, una speciale friabilità dei *vasa nervorum* ed una alterazione limitata ai soli elementi nervosi circondati dal sangue stravasato. Da questi dati il Moreau stesso è portato ad interpetrare alcune nevriti malariche co-

me di origine circolatoria e forse secondarie ad una arteriolite dei vasellini nervosi.

Comunque le alterazioni possono essere delle più gravi, fino a raggiungere la completa distruzione del nervo, come nel caso di Sacquepée e Dopter (1900) nel quale era scomparso il cilindrasse, la mielina frammentata ed emulsionata in minute goccioline ed in alcuni punti completamente riassorbita, lasciando la guaina di Schawann vuota e raggrinzita. A questo stadio di completa degenerazione non si perviene che eccezionalmente; di solito si stabiliscono alterazioni meno gravi e di grado diverso, quali sogliono verificarsi nelle varie fasi di transizione del processo walleriano.

La nevrite e la polinevrite malarica può stabilirsi nel corso di un accesso febbrile, come in seguito: generalmente s'inizia negli arti inferiori, di rado colpisce gli arti superiori e la faccia (Bardellini ha descritto un caso con tetraplegia e paresi facciale sinistra). Spesso i disturbi sensitivi, quali formicolio, senso di freddo, prurito, iper- ed ipoestesia, mialgie, artralgie, dolori provocabili alla pressione delle masse muscolari e dei tronchi nervosi lungo il loro tragitto, precedono i disturbi motori. Questi che, specie nelle forme radicolari, predominano sui precedenti, possono variare da semplici paresi a vere paralisi. I disturbi trofici e vasomotori si stabiliscono invece più lentamente: la cute si fa secca, squamosa o cade in preda ad un'abbondante sudorazione, i peli si atrofizzano e cadono, le estremità si fanno fredde, spesso edematose; compaiono decubiti nei punti di compressione, ipotrofie ed atrofie muscolari, decalcificazione ossea visibile alla radiografia.

Per la diagnosi differenziale con altre forme tossi-infettive, valgono sopratutto alcuni caratteri rilevati dallo Schupfer il quale c'insegna come nelle nevriti malariche i disturbi motori e sensitivi si aggravano e si estendono col ripetersi degli accessi febbrili e regrediscono nei periodi interaccessuali, mancano quasi costantemente i disturbi degli sfinteri, sono frequenti le alterazioni vaso-motorie e trofiche, la R. D. totale dei m. m. paralizzati è rara.

La letteratura ci offre rari esempi di nevriti periferiche da malaria in bambini e la maggior parte riguardano soggetti al di sopra dei 5, 6 anni (Fonzo) nell'età quindi in cui, come s'è detto, la malaria non differisce da quella degli adulti. La scarsezza dei casi non credo autorizzi a dedurre che le complicazioni nevritiche siano eccezionali nella malaria dei bambini più piccoli. Forse in questi, per le difficoltà che talora s'incontrano nella diagnosi di natura della stessa infezione, può più facilmente sfuggire, od essere diversamente interpretata, una sua complicazione, certo non frequente e con sintomi non sempre così netti.

Ecco l'esempio di una diagnosi molto laboriosa in un bambino di 22 mesi:

CASO II. — F. A., di mesi 22. Ammesso il 14 febbraio 1919. Gentilizio negativo, nulla nella anamnesi remota. Il B. è malato da 10 giorni con diarrea, vomito, tosse secca, febbre alta a tipo remittente.

Esame obiettivo. — Condizioni di sviluppo e di nutrizione normali. Decubito preferito laterale destro con gli arti inferiori flessi. Lieve dispnea, polso frequente ritmico. Scarsi gangli ai lati del collo ed agli inguini. Negativo l'esame del torace; cuore nei limiti con toni normali. Addome espanso, timpanico in tutti i quadranti, non dolente. Lieve epato- e splenomegalia.

A carico della motilità si nota che è limitata quella attiva dell'arto inferiore sinistro il quale offre anche notevole resistenza alla estensione passiva. Dallo stesso lato in corrispondenza del gran trocantere e della regione glutea la palpazione provoca dolore come pure tutti i movimenti che interessino l'articolazione coxo-femorale sinistra. Riflessi rotulei esagerati tanto a D. quanto a S. Ipertonia della nuca e della colonna vertebrale con iperestesia del segmento lombo-sacrale. Non si riesce a mettere in evidenza una differenza della sensibilità dolorifica a carico degli arti inferiori. Nulla a carico dei nervi cranici. Widal negativa. Cutireazione alla tubercolina negativa. Negativo l'esame delle orine. La puntura lombare dà un liquido chiaro, abbondante (circa 20 cmc.) a discreta pressione, contenente scarsa albumina (0.15 ‰), lieve aumento dei cloruri, rarissimi linfociti.

Durante la seconda metà di febbraio la sindrome rimane pressochè invariata, gli arti inferiori rimangono costantemente flessi e l'estensione forzata rileva sempre maggiore resistenza e dolorabilità a sinistra in specie nel segmento superiore. Qualche volta il bambino riesce nel bagno a distendere tutte e due gli arti. I tronchi nervosi non sembrano dolenti, mentre una certa dolorabilità alla palpazione si rileva in corrispondenza della colonna vertebrale specie al livello delle v. lombari e delle prime sacrali. Una radiografia praticata il 20 febbraio dimostra rarefazione dei corpi vertebrali della quarta e quinta lombare, nulla a carico del bacino e dell'articolazione delle anche.

Nella prima settimana di marzo la febbre, in precedenza sempre alta a tipo continuo leggermente remittente, diminuisce d'intensità e presenta brevi intermittenze. Una seconda puntura lombare non dà che un lieve aumento del liquor. Intanto la contrattura in flessione degli arti inferiori, così tenace nel periodo precedente si è andata man mano attenuando fino a scomparire: l'arto inferiore sinistro rimane quasi immobile in estensione e mentre è possibile provocare piccoli movimenti attivi del

piede non si riesce a far muovere nè la gamba nè la coscia ed i tentativi di flessione passiva di questa sul bacino, come l'abduzione, sembra provochino vivo dolore. Non si riesce a provocare il R. rotuleo.

Sospettando una coxite sinistra, l'8 marzo il chirurgo applica un apparecchio gessato e sottopone l'infermo ad una cura iodo-arsenicale.

Verso il 20 marzo compaiono dolori anche all'arto destro mentre la febbre presenta intermittenze più prolungate tanto che nei primi 10 giorni di aprile non supera che di pochi decimi i 37°.

Il 10 aprile la T. risale e riprende un andamento continuo remittente, contemporaneamente si accentuano i dolori all'arto inf. D. che rimane in semiflessione, con iperestesia superficiale, R. rotuleo vivace, dolorabilità al polpaccio ed alla coscia in specie lungo il decorso dello sciatico. A carico delle estremità dell'arto gessato (sinistro) si nota un persistente raffreddamento, senza edemi.

Il 17 aprile, rimosso l'apparecchio gessato, si trova l'arto S. ipotrofico, sempre dolente ai movimenti di tutti i segmenti, con decubiti alla regione sacrale. Si trova inoltre la milza notevolmente ingrossata, rasentando il suo bordo inferiore l'ombelicale trasversa, ed il fegato debordante di due dita, aumentato in consistenza. Invariate le condizioni dell'arto inferiore destro.

Avendo l'esame del sangue svelato una malaria (terzana primaverile) fu iniziata una cura chininica e la febbre cadde definitivamente, scomparve gradatamente la dolorabilità, mentre per lungo tempo persistette una limitazione funzionale degli arti inferiori, spiccatamente a D. essendo rimasto l'arto ipotrofico, più debole del S. con una diminuzione della eccitabilità muscolare alla corrente faradica e galvanica.

Questo caso, tanto per l'età del soggetto, quanto per le successioni morbose e per l'errore diagnostico cui dette luogo, non ci pare privo di un certo interesse pratico. Si trattava di un bambino di 22 mesi con febbre continua remittente, interrotta a lunghi intervalli da apiressie anche prolungate, il quale presentava una spiccata e persistente limitazione dei movimenti a carico dell'articolazione dell'anca S. e un dolore vivo spontaneo e provocato in corrispondenza del gran trocantere e della natica dello stesso lato. Dato il reperto negativo ai primi esami del sangue, si pensò ad una coxite: a tale diagnosi non si opponeva la sindrome nevritica la quale, come si sa, non è rara nella tubercolosi dell'articolazione coxofemorale.

L'inutilità del trattamento applicato, la persistenza ostinata dello stesso tipo febbrile, la comparsa dei disturbi sensitivi e motori anche a carico dell'arto inferiore D., il carattere di tali disturbi che nella loro intensità seguivano le variazioni della temperatura, la notevole splenomegalia che si era andata stabilendo, fecero sospettare la forma malarica che venne confermata dai successivi esami del sangue.

Coll'interruzione della febbre non scomparvero i disturbi notati a carico degli arti inferiori e non meraviglia se regredirono molto lentamente quando si rifletta che il trattamento fu iniziato soltanto un paio di mesi dopo la loro comparsa.

Da rilevare in questo caso come sia stata dalla radiografia messa in evidenza una rarefazione di alcune vertebre lombari che potrebbero interpretarsi come un segno di quella decalcificazione di origine nevritica già da altri segnalata.

Non m'indugio sulla *prognosi* delle complicazioni nervose trattate, poichè è ovvio come debba essere subordinata alla precocità della diagnosi di natura, la quale, specie nei bambini più piccoli, spesso mancando il criterio epidemiologico e la tipica curva termica, con un valore relativo del tumore splenico non sempre accentuato e d'altronde presente nei bambini per le più svariate cause, dovrà porsi in base ai criteri esposti nei precedenti capitoli, chiedendone conferma prima a ripetuti e pazienti esami di sangue e poi all'azione della chinina che agirà con tanta maggiore rapidità ed efficacia quanto più precocemente somministrata per modo che non siano avvenute lesioni distruttive irreparabili.

Cura. — Nella nostra Clinica per la somministrazione dei sali di chinina si preferisce la via orale, meno quella rettale; nei casi gravi si ricorre alla via ipodermica usando una soluzione diluita (formula Gaglio-Concetti) di cloridrato di chinina al 10 % con l'aggiunta di etiluretano al 5 %, nella dose di 2, 3, 4 cmc., secondo l'età del soggetto.

BIBLIOGRAFIA.

ASCOLI V. *La Malaria.* Soc. E. L., 1905.

BARRILLON, ALLIOT, ecc. *Meningismo, stati meningei, ecc.* Paris Médical, 28 settembre 1918.

BIGNAMI e NAZARI. *Sulle encefaliti emorragiche e sulla patogenesi delle emorragie miliariche del cercello.* Riv. Sperim. di Freniatria. 1916.

CASTELLANI A. *Il polimorfismo della malaria.* Arch. médic. belges, agosto 1918.

FONZO F. *Due casi di paralisi del radiale di origine malarica.* La Pedriatria, 1° giugno 1920.

GRALL et CLARAC. *Traité de pathologie exotique,* F. I, 19211.

GENOESE G. *Il liquido cefalo-rachidiano nella malaria dei bambini.* Policlinico, Sezione Pratica, 1919.

MARCHIAFAVA e BIGNAMI. *La infezione malarica.* Vallardi, 1902.

MOREAU L. *Névrites et polynévrites d'origine palustre.* Paris Médical, n. 8, 1919.
PAYSSEAU et HUTINEL I. *La Méningite palustre.* Paris Médical, n. 10, 1919.
PENDE. *Il liquido cefalo-rachidiano in alcuni casi di perniciosa malarica.* Soc. Lanc. Osp., 1905.
RUBINO G. *Perniciosa malarica a sindrome mengitica.* Riv. Osp., 14, 1913.
RUSCA. *Perniciosa con meningismo e iposurrenalismo.* Policlinico, Sezione Medica, n. 7, 1920.
SCHUPFER. *Ulteriore contributo allo studio dei disturbi nervosi ed alle nevriti malariche, ecc.* Policlinico, Sez. Medica (p. 145-193), 1902.
SPOLVERINI. *Emiplegia da malaria in un lattante.* Policlinico, Sezione Pratica, n. 51, 1919.

NOTE E CONTRIBUTI

Reparto Urologico del Policlinico G. B. Morgagni di Roma.

Contributo alla semeiologia della prostata

per il prof. EUGENIO PIRONDINI.

In alcuni casi può essere difficilissimo affermare colla semplice palpazione del retto un lievissimo grado di quello ingrandimento della prostata che chiamasi correntemente *ipertrofia*, e che dovrebbe essere più correttamente chiamato *adenoma*.

E — come Voelcher afferma — (*Bruns Beiträge - Band* 72), ciò dipende dal fatto che spesso i dettagli dell'esame prostatico dal retto, sono di non facile interpretazione per varie ragioni:

1° lo spessore perineale è variabile;

2° anche la posizione della prostata ha una certa variabilità;

3° non raramente è impossibile delimitare con grande esattezza i margini prostatici;

4° le alterazioni possono non essere uniformi;

5° è anche estremamente difficile apprezzare bene la distanza prostato-sacrale, e la distanza prostato-coccigea, data la esiguità delle massime escursioni permesse al dito esploratore.

È vero che oggi i *segni cistoscopici* e *cistografici, diretti e indiretti* hanno così gran valore, che spessissimo colmano a esuberanza le lacune dell'esame rettale.

Ma è pure vero che anche il semplice esame rettale, *correttamente interpretato* può avere gran valore precisamente in casi di estrema difficoltà (come in alcuni cosidetti prostatici senza prostata), ove è necessario raggiungere le più grandi probabilità diagnostiche benchè nessuna indagine sia per sè risolutiva.

Naturalmente, si intende che l'esame rettale sia fatto a vescica completamente o quasi vuota (onde la sporgenza prostatica non sia tutta appianata dalla tensione intravescicale), e nella posizione (o anche nella posizione), consigliata da Voelcher: piedi a terra, arti inferiori fortemente abdotti, e tronco fortemente flesso su di un piano.

***

Ma anche in tali condizioni, l'*esame della prostata dal retto può essere fallace se si limita alla dimensione*: tra l'altro questa si riferisce solo alla porzione della prostata palpabile dal retto che ha una grandezza variabile, nè sempre proporzionata a quella della porzione intravescicale, clinicamente ben più importante, e solo visibile colla cistoscopia e colla cistografia.

Un esame della prostata dal retto veramente completo deve riguardare non solo le dimensioni, ma anche i caratteri morfologici, e questi possono essere ritenuti normali quando:

1° la sporgenza prostatica presenta una forma complessiva a triangolo con apice in basso bene apprezzabile (*becco prostatico*);

2° e al di sotto di questo apice si palpa nettamente l'uretra membranacea sino a un punto infimo situato poco sopra l'anello sfinterico rettale (*pars nuda*);

3° e specialmente, quando la massa prostatica è più o meno suddivisa o bilobata da una depressione triangolare mediana, o da un solco (*solco mediano*).

Tale solco che a volte giunge vicinissimo al becco è veramente il fondamentale carattere morfologico normale. Esso corrisponde al *trigono interdeferenziale*, e infatti nei normali è possibile a volte palpare sui margini della depressione le ampolle deferenziali.

Su tali dati morfologici può essere basato un *esame morfologico della porzione rettale della prostata*: quest'esame — troppo spesso obliato — assume una speciale importanza precisamente nei casi meno tipici.

***

Vi sono, per esempio, individui ancora giovani, senza causa alcuna di prostatite nella storia, senza il minimo segno di prostatismo, con cistoscopia e cistografia negative in cui la porzione rettale della prostata, accidentalmente palpata, risulta ingrandita in grado netto, e — come nella ipertrofia — limitata da depressioni laterali eccessivamente profonde, e male raggiungibile in alto.

Ma al contrario, *i caratteri morfologici sono tutti nettamente conservati*: a volte anzi il

solco è reso più evidente dalla maggiore sporgenza rettale dei due lobi globosi, e se talora perde in larghezza, guadagna per compenso in profondità, trasformandosi da depressione triangolare, in vero e proprio solco strettissimo e profondo.

In tali casi il giudizio di grandezza deve passare in linea molto secondaria rispetto a quello di forma da cui discorda, e può trattarsi di prostate *notevolmente grandi per natura, ma decisamente normali.*

Segni obbiettivi morfologici notevolmente simili si hanno spessissimo nelle prostatiti, anche in quelle di antica data, e in quelle in cui le alterazioni sono asimmetriche.

Naturalmente si allude ivi alle prostatiti croniche; ma a volte i suddetti caratteri si ristabiliscono rapidamente anche dopo una grave prostatite acuta, nella quale la morfologia prostatica può essere rapidamente e profondamente, ma per poco tempo alterata.

Al contraio, *se interviene l'adenoma, la porzione rettale della prostata spessissimo diviene deforme, anche malgrado un ingrandimento lieve e persino problematico.*

E tale deformità può consistere o in una alterazione dell'apice prostatico, che tende a farsi più tozzo, fino a divenire un vero bordo tondeggiante, convesso e ispessito, che s'abbassa e volte sulla pars nuda riducendo il tratto palpabile, oppure in una alterazione del solco mediano. Talora le due modificazioni coesistono, ma comunque, quelle del solco mediano mi sono sembrate più importanti, perchè più costanti e precoci.

La depressione diviene meno netta anche nella forma di solco, e questo si fa interrotto, oppure si riduce a una piccola e corta incisura del margine superiore.

A volte si lateralizza e si fa tortuoso; ma allora è questo forse un solco falso e relativo frapposto a sporgenze neoformate.

A volte infine, il solco scompare del tutto, mentre la forma complessiva della prostata diviene un po' globosa, oppure tende a disporsi a piastrone, o a piccola barra trasversa.

E non raramente, rispetto all'inizio dei fenomenti di prostatismo, queste alterazioni morfologiche possono essere ritenute assai precoci.

***

L'esame morfologico della Pr dal retto, ha dunque una importanza non minore del giudizio di dimensione *specialmente quando dimensione e morfologia discordano.*

È assai facile in genere caratterizzare come tipicamente normali prostate non grosse nè deformi, e come tipicamente adenomatose prostate deformi e grosse.

Nei casi iniziali o comunque meno tipici, l'interpretazione dell'esame rettale può al contrario opporre difficoltà notevoli, e la non deformità, con ingrandimento netto può rendere assai più probabile che si tratti *di prostata grande per natura, o in preda a un processo infiammatorio cronico* (e non specifico).

All'opposto, la deformità, e specialmente la riduzione o scomparsa precoce del solco meriano, *rende più probabile l'adenoma, o come forma a sè, o come elemento componente d'una forma di combinazione, che non è rara,* (adenoma più prostatite).

Ora, anche in alcuni casi di quest'ultimo gruppo, *il giudizio di grandezza deve passare in linea molto secondaria rispetto e quello di forma da cui discorda,* essendo a volte l'ingrandimento assai lieve e persino problematico.

Onde, in conclusione, l'esame morfologico può assumere una grandissima importanza, anche in quel gruppo numeroso di individui con infezioni blenorragiche nella storia remota, nell'età e con piccoli o modici segni di prostatismo, con assenza di residuo, con ingrandimento lievissimo o lieve della prostata. In tali individui l'esame morfologico può contribuire a completare la diagnosi differenziale tra prostatite cronica, adenoma, e forma di combinazione, il che s'impone per la terapia.

Tutte queste considerazioni possono avere una grande utilità, anche riportate a *quei così detti prostatici senza prostata* in cui un completo esame clinico non riesce a decidere nettamente delle cause del prostatismo. E cioè, nei casi di deformità sarà probabile l'intervento di un piccolo adenoma a evoluzione rettale, o, per così dire, intramurale, la cui rimozione coll'operazione di Freyer potrà ristabilire la normale minzione.

NOTE PREVENTIVE.

OSPEDALE CIVILE DI PADOVA.
Padiglione Giovan Battista Da Monte
diretto dal prof. B. ZANIBONI.

Autolinfoterapia nella tubercolosi.

Nota preventiva

per i dott. L. BOTTACIN e D. MAGRO
Assistenti effettivi.

La incessante ricerca di sussidi terapeutici per combattere la infezione tubercolare che, purtroppo, va sempre più diffondendosi, specie dopo il periodo bellico ed i molti esperimenti che sul detto argomento si sono compiuti, ci ha spinti, col valido aiuto del nostro primario prof. B. Zaniboni — al quale rendiamo qui vivi ringraziamenti per i consigli datici e per il materiale messo a nostra disposizione — a rendere di pubblica ragione il metodo di cura che da qualche anno si pratica nel nostro riparto specializzato per malattie di petto. Da quando Roberto Koch, nel 1882, con i suoi mirabili studi, riuscì a scoprire il germe specifico della infezione tubercolare, la terapia antitubercolare seguì un nuovo indirizzo. E così si ebbero l'A.T.K. e tutte le sue derivazioni proposte da autori diversi.

Maragliano, invece, partendo dal concetto che l'azione patogena dei bacilli tubercolari è dovuta ai veleni messi in circolo dai germi stessi, cercò di determinare nell'organismo umano una immunità che volle poi essere attiva o passiva, a seconda dei metodi e delle scuole, verso la malattia stessa.

Alla vecchia cura sanatoriale, che ancora oggi si impone e che compendia nelle tre parole: riposo-respirazione-alimentazione, si aggiunsero le cure che chiameremo specifiche, intese ad immunizzare attivamente o passivamente l'organismo malato oppure predisposto all'infezione tubercolare; ecco quindi iniziarsi l'uso di vaccini e di sieri, che, tutti con varianti maggiori o minori, prendono origine dalla scoperta di Koch e dagli studi del Maragliano

Il nostro primario prof. Zaniboni, che con amore da molti anni si dedica a questi studi, ed è non dimentico figlio della Scuola Morfologica del De Giovanni, partendo da concetti analoghi di laboratorio e dall'insegnamento clinico che ogni malato è somaticamente e umoralmente diverso dall'altro, propose un metodo di cura, che può chiamarsi: Autolinfoterapia antitubercolare (siero autogeno vero).

Dalle ricerche del Centanni è noto « che i germi sono esseri molto duttili e, sotto le condizioni mutabilissime dell'ambiente che traversano e dove si sviluppano, vanno soggetti alle più profonde modificazioni, ed il batterio che ha soggiornato nell'organismo è differente da quello introdottovi dalle culture artificiali ».

Dai concetti che hanno condotto alla immunizzazione attiva, i veleni del B. T. devono considerarsi come i veri antigeni tubercolari. Questo concetto, messo in evidenza da ricerche specialmente italiane, è ora ammesso quasi generalmente potendo essi dimostrarsi nell'organismo umano dopo avvenuta l'infezione e nelle varie fasi della malattia.

Partendo, forse dal concetto che nell'organismo dell'individuo affetto da tubercolosi, specie nei primi stadi della malattia quando la produzione degli anticorpi non è ancora adeguata, gli antigeni debbano trovarsi in notevole quantità e pensando che, come nei liquidi organici di essudazione delle cavità pleuriche e peritoneali di individui malati di forme tubercolari gli elementi specifici dell'infezione si trovino in maggiore copia, si è cercato di utilizzare il materiale organico dell'individuo stesso per un'autovaccinazione.

L'autosiero o autoemoterapia è già stata usata da qualche tempo ed in svariate malattie.

Fu tentata nella corea, nella epidemia influenzale, nella tifoide. Ma mentre nelle esperienze di Lesné e Bordin sorge il dubbio che il meccanismo d'azione sia basato specialmente sulla crisi emoclasica, che si provoca coll'infezione endovenosa di proteine eterogenee, o, come da ricerche più recenti, colle fleboclisi glucosate, e che si possano anche riallacciare all'azione delle iniezioni endovenose di materiali colloidali, ben diverso è a parer nostro il meccanismo della auto-linfoterapia, metodo di cura usato in epoca più recente specie per il reumatismo articolare.

Abbiamo veduto, proposta dal Gilbert, sorgere la cura autosieroterapica nella pleurite essudativa che si sospetta di carattere specifico e nelle peritoniti. In epoche più recenti il Perkins (*Lancet*, 1919) usò addirittura il siero estratto dalla pleura o dalla cavità peritoneale di ammalati in via di guarigione per iniettare altri ammalati e stabilire in tal modo una immunizzazione inter-umana.

Dopo numerosi tentativi la tecnica del metodo si è ridotta molto semplice ed alla portata di tutti i medici pratici: si applica sulla cute del torace anteriormente, ben sgrassata, un disco di tela vescicatoria delle dimensioni di una moneta da dieci centesimi; ventiquattro ore dopo, all'incirca, formatasi la bolla a contenuto sieroso, si sterilizza la cute, e con una

siringa sterilizzata previa bollitura si estrae il liquido che si riinietta sottocutaneamente.

La dose varia secondo le condizioni dei vari individui: si comincia in media da mezzo centimetro cubo e si sale sino a due o tre centimetri cubi, praticando le iniezioni ogni settimana.

Quale sia il meccanismo d'azione della autolinfoterapia noi ancora esattamente non conosciamo. Sia esso dovuto ad una immunità attiva o mista con produzione notevole di anticorpi sotto lo stimolo di antigeni autogeni introdotti nell'organismo a piccole dosi come antigeni esogeni, o ad uno stimolo alla fagocitosi, come sembrerebbe dimostrare l'aumentato potere opsonico nei malati in cura — potere opsonico studiato nel nostro riparto da altro collega — e produzione di anticorpi eterogenei, cercheremo di dimostrare con ulteriori ricerche.

Per ora ci preme solo di porre in evidenza questo geniale metodo di cura, che applicato nel campo clinico, ha dato da parecchi anni ottimi risultati nelle forme lievi di tubercolosi polmonari e sierose.

Questo nuovo metodo di cura avrebbe dovuto essere reso di pubblica ragione già da tempo, ma la prudenza del chiariss. prof. Zaniboni esigeva la conferma rigorosa alla induzione scientifica, e solo dopo una lunga esperienza acconsentì alla pubblicazione, quando l'osservazione di parecchie centinaia di casi ebbe a dimostrare l'efficacia rapida e salutare della nuova terapia.

E tanto più vi consentì quando colleghi che vollero provare il metodo in pratica privata confermarono il valore di questa semplice pratica terapeutica.

Anzi non nella sola tubercolosi polmonare si ebbero tali successi, chè notevoli miglioramenti si ottennero in tre casi di *lupus*, e il compianto prof. Truzzi all'ultimo Congresso Ginecologico a Trieste (ottobre 1921) portò casi di guarigione di tubercolosi degli annessi da lui voluti curare col metodo Zaniboni come onestamente dichiara (*Il Policlinico*, Sezione Pratica, fasc. 50, 1921).

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Un nuovo piccolo strumento chirurgico. L'ago specillo.

Dott. VINCENZO BILOTTA.

Ho fatto costruire un ago di nuovo modello, al quale ho dato il nome di *ago-specillo.*

Esso è un ago, il quale anzichè avere l'estremità libera affilata e pungente come i comuni aghi da siringa per uso ipodermico, ce l'ha bottonuta, come quella di uno specillo. In altri termini, è uno specillo, forato nel senso della lunghezza, ed impiantato sopra una base, mediante la quale si può innestare ad una qualsiasi siringa, come si vede dalla figura seguente.

Scopo dell'ago-specillo è quello di far arrivare in tragitti fistolosi, inoperabili per la loro posizione anatomica o per eventuali malattie dei pazienti (cardiaci, renalici, arteriosclerotici, diabetici, cachettici), o che si spera di guarire incruentemente, di far arrivare una soluzione medicamentosa (liquido di Calot, liquido di Dakin, soluzione di cloruro di zinco, diluizione idrica di alcool), ovvero una soluzione colorante (bleu di metilene).

L'ago-specillo non è di unico calibro, nè di unica lunghezza; ma si può richiedere di qualunque calibro e di qualunque lunghezza, a seconda del diametro dell'imboccatura del seno fistoloso e della lunghezza di questo. E può essere innestato alla siringa da 1 gr., come a quella da 2 gr., da 5, da 10, da 20 gr., a seconda della quantità del liquido che bisogna iniettare.

Lo scopo di iniettare dei liquidi nei tragitti fistolosi si otteneva ugualmente introducendo nell'imboccatura di essi il becco di una siringa: non si è sicuri, però, che la soluzione arrivi fino al fondo del seno, ciò ch'è indispensabile. E si otteneva pure introducendo una cannula di un trequarti, innestata ad uno schizzetto contenente il liquido da spingere; ma la cannula del trequarti è tagliente, e non potete evitare di far sanguinare le pareti della fistola, penetrando nel lume di questa con essa cannula.

Lo evitate, invece, entrando con una cannula bottonuta, qual'è l'ago-specillo, che potete spingere tranquillamente sino al fondo della fistola, dalla resistenza del quale il tatto viene avvertito.

IGIENE.

La depurazione delle acque cloacali con i fanghi attivati.

Un problema che preoccupa sempre vivamente l'igienista e l'ingegnere sanitario è quello di allontanare e di rendere innocue le sostanze luride, che costituiscono un ripugnante ingombro ed un perenne pericolo per la collettività. La soluzione non è agevole nei piccoli centri, per difetto di sorveglianza tecnica e difficoltà di istituire impianti centrali: il problema però diventa ben più complesso per la sua vastità, quando si tratti dei grandi agglomerati umani di centinaia di migliaia o di miglioni di abitanti. Quando si tenga presente che, nei grandi centri, la quantità di liquame è di l. 150-200 per individuo al giorno, si comprende che l'enorme quantità di sostanze immonde che si accumulerebbe, anche per una breve sospensione dei servizi sarebbe tale da portare ben gravi inconvenienti. L'immissione delle fogne nei fiumi, che aveva trasformato alcuni di questi in vere cloache, è ora concordemente condannata, salvo condizioni particolari da studiarsi caso per caso: l'utilizzazione agricola, di cui abbiamo un eccellente esempio nelle grasse marcite lombarde, e nei campi di spandimento di Parigi e di Berlino, ha un'applicazione limitata specialmente da condizioni geo-topografiche. Notevoli vantaggi si sono ottenuti con l'epurazione biologica artificiale, usando i così detti letti batterici od i letti percolatori: mediante essa i processi di ossidazione che si compiono lentamente nel terreno vengono accelerati, e si ha così rapidità di esercizio congiunta ad una efficace epurazione.

Certamente è necessaria una continua sorveglianza, possibile solo nei grandi impianti, mentre nei piccoli, come ha potuto rilevare anche chi scrive, la fase di ossidazione arriva ben raramente oltre l'ammoniaca e l'effluente mantiene un grado notevole di putrescibilità.

Comunque il sistema è stato trovato pratico ed adottato in molte città, offre però sempre diversi inconvenienti fra cui quello di dare delle esalazioni incomode e di esigere un grande spazio.

Più recentemente, si è introdotto il sistema dei *fanghi attivati.* Per la preparazione di questi, si introduce il liquame già passato a traverso griglie, che trattengono i corpi grossolani, in una fossa speciale, dove, per mezzo di getti ad aria compressa, viene a periodi rimescolato e lasciato riposare. Dopo qualche settimana, si ha un deposito granulare; si elimina allora la parte liquida e si aggiunge altro liquame, continuando l'operazione fino a che si possa trasformare in acido nitrico 20 mg. di ammoniaca per litro, entro 5 ore, e fino a che i fanghi sedimentati occupino il 20-25 % della capacità della fossa: l'attivazione del fango può farsi più rapidamente (in un paio di settimane) usando i depositi dei bacini di sedimentazione. Tale fango, che contiene il 50% di sostanze minerali, il 20% di sostanze organiche albuminoidi ed il 30% di sostanze non albuminoidi, viene lasciato in contatto con il liquame, per un periodo di 4-8 ore, sotto continuo rimescolamento per mezzo di aria compressa iniettata dal basso, di cui si consumano da 7 a 18 mc. per mc. di liquame.

Il carbonato di calcio, proveniente dal bicarbonato di calcio, da cui è stata scacciata l'anidride carbonica, in conseguenza dell'aerazione, precipita e trascina per adsorbimento i tre quarti delle sostanze organiche: la fissazione dei colloidi, come pure quella dell'ammoniaca si compie in gran parte fino dai primi istanti di contatto; rapidamente si ha la formazione di nitrati: l'effluente esce limpido, inodoro con scarsissima putrescibilità.

La bassa temperatura non inibisce il fenomeno, solo lo ritarda: l'*optimum* è a 20°-25°: bastano invece tracce minime di cloroformio per impedire la formazione dei nitrati.

Notevole è la riduzione microbica: nelle esperienze di Courmont e Rochaix, il numero dei microbi è passato da 202.500.000 per cmc. a 67.500 ed a 58.600: le specie rimaste sono tutte aerobie, in prevalenza cromogene: sembra che non vi si trovi nemmeno il Bac. coli, risultato che appare, in realtà, sorprendente. I citati autori hanno isolato dall'effluente soltanto specie, in generale con poco o nessun potere proteolitico fra essi il solo *B. subtilis* attacca energicamente le sostanze albuminoidi: tre fermentano l'urea, cinque sono denitrificanti diretti, tutti fermentano gli idrati di carbonio. Sembra che i bacilli del gruppo del tifo introdotti artificialmente, resistano e si trovino quindi nell'effluente, ciò che starebbe in un certa contraddizione col reperto negativo del B. coli; scompare invece il vibrione colerico.

Questo fatto della persistenza delle specie patogene va meglio assodato, poichè facendo astrazione da esso, il sistema dei fanghi attivati presenta innegabili vantaggi. Con esso, di fatto, si ottiene in breve tempo un effluente che può venire immesso senza pericolo nei corsi d'acqua. Oltre a ciò, l'impianto esige uno

spazio minimo e può anche essere collocato in vicinanza delle città, mancando la produzione di gas puzzolenti. Un altro lato del problema che va maggiormente approfondito è quello della azione perturbatrice, che può aversi per l'aggiunta di acque industriali o di antisettici; si è già accennato all'azione del cloroformio, anche l'acido fenico è un ostacolante, specialmente della fermentazione nitrosa. Le acque residue industriali, che si trovano sempre mescolate a quelle cloacali nelle grandi città possono dunque turbare il processo e rendere necessaria una loro completa epurazione, in condizioni che vanno meglio precisate.

A. FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE.

EMATOLOGIA.

Esame sistematico del sangue nelle diatesi emorragiche.

(H. C. GRAM. *Acta med. Scand.*, 5 dic. 1921).

Le diatesi emorragiche dipendono da fragilità dei vasi, o da insufficiente funzione emostatica del sangue. Forse non vi si debbono comprendere quelle forme di porpora infettiva cagionate da emboli batterici che distruggono la parete vasale.

Un'imperfetta emostasi può teoricamente dipendere da:

1) Ritardo della coagulazione:

a) per aumento dell'antitrombina;

b) per deficienza reale o funzionale di calcio;

c) per modificazioni intrinseche della protrombina;

d) per deficienza di piastrine. In questo caso viene anche a mancare l'azione emostatica meccanica dovuta all'agglutinazione delle piastrine.

2) Estrema scarsezza del fibrinogeno, onde il coagulo non è abbastanza consistente, non riuscendo ad agglutinare tutti i corpuscoli.

La ricerca dell'eccesso di antitrombina ha poco interesse clinico: si fa col metodo Howell che è molto complicato ma poco soddisfacente.

La ricerca del *deficit* di calcio si fa con due provettoni a fondo piatto: in uno si versano 3 gocce di una soluzione 1 % di cloruro di calcio cristallizzato, poi, in ciascuno dei tubi si versa 1 cc. di sangue venoso. Ogni 30 secondi s'inclinano i tubi, e si nota quando la superficie del liquido appare soda. Se la coagulazione anticipa oltre due minuti nel primo tubo, vi è un *deficit* di calcio, reale o funzionale. Per questa ricerca non occorre il bagno d'acqua a temperatura costante. *Deficit* funzionali è facile trovarli in itteri di lunga durata.

Il tempo di coagulazione, nei plasmi ben calcizzati, si ricerca versando in una provetta divisa in decimi di cc. mezzo cc. di una soluzione di citrato sodico al 3 %, quindi cc. 4.5 di sangue, estratto direttamente dalla vena con grosso ago. Si rimescola e si lasciano sedimentare i corpuscoli; si asciuga il sangue eventualmente rimasto sugli orli della provetta. Si preleva poi con pipetta il plasma, e se ne versa 0.1 cc. in ciascuna di quattro provettine (diametro 10 mm.), che si tengono in bagno a 37° con adatto dispositivo (ad es. infilate nel sughero di una bottiglia di Dewar). Si versano in ogni provetta ripettivamente 9, 8, 7, 6 gocce di soluzione 0.9 % di cloruro sodico, e quindi, nello stesso ordine, 1, 2, 3, 4 gocce di una soluzione all'1 % di cloruro di calcio cristallizzato ($CaCl_2$ $6H_2O$), notando con esattezza il tempo. Ogni trenta secondi le provette s'inclinano, e si nota quando in una di esse il plasma è coagulato.

Nei normali, e pel siero sedimentato, il tempo di coagulazione oscilla da tre a sei minuti: è aumentato nell'emofilia, e in casi di estrema piastrinopenia.

Per la conta delle piastrine si preleva una piccola quantità di plasma citratato, preparato come per la ricerca precedente, che contiene le piastrine in sospensione stabile; si diluisce 20 volte con soluzione 0.9 % di NaCl, si aggiungono 2 gocce di formalina ogni 100 cc. di liquido, si agita, e si contano le piastrine col Thoma Zeiss. Per avere il numero delle piastrine per mmc. di sangue basta, in pratica, moltiplicare il numero ottenuto per un fattore ricavato dalla seguente tavola, in funzione del contenuto di emoglobina del sangue.

Hb %	fatt.	Hb %	fatt.
110	0.59	50	0.87
100	0.63	40	0.92
90	0.68	—	—
80	0.73	30	0.97
70	0.78	20	1.01
60	0.82	15	1.04

Per avere risultati più esatti l'A. dà una formula che importa l'uso dell'ematocrito o di una centrifuga ad alta potenza, per calcolare il volume delle cellule precipitate. Il metodo rapido proposto si fonda sulla abituale sufficiente concordanza dell'emometria con la volumetria delle cellule, anche in malattie come la clorosi e l'anemia perniciosa.

Normalmente le piastrine sono da 200000 a 550000 per mmc.

Sono meno di 200000 nell'anemia perniciosa, nell'anemia aplastica, nella leucemia linfatica (di rado nella mieloide) nella porpora idiopatica genuina, in alcune malattie infettive (spesso nella polmonite influenzale e nelle febbri enteriche), e spesso anche nelle malattie croniche del fegato e della milza.

Il per cento di fibrina nel plasma è abbatanza costante, anche nelle anemie non complicate e nella policitemia (in media 0.27 per l'uomo e 0.29 per la donna). Esso aumenta quando vengono introdotti in circolo dei proteidi (malattie infettive, tumori maligni, nefrite, gravidanza, ecc.); è scarso soltanto nelle gravi degenerazioni epatiche. Si può apprezzare grossolanamente dalla velocità di sedimentazione dei corpuscoli (l'A. si propone di calcolare tavole per utilizzare in clinica questo metodo); si calcola con esattezza per pesata del coagulo secco e degrassato ottenuto dal plasma citratato, centrifugato per 90 minuti, fatto coagulare in termostato, con aggiunta di calcio.

L'A. dà le formule relative.

Una diatesi emorragica latente si può mettere in evidenza col tempo di sanguinazione; esso non deve superare 4 minuti, per ferita del lobulo dell'orecchio con una lancetta lunga 2 mm.: si cerca toccando la ferita ogni 30" con carta bibula.

Un'altra prova a tale intento è quella della resistenza capillare: provocando la stasi per costrizione del braccio, nei casi positivi si hanno dopo 3' petecchie all'avambraccio: tale prova è spesso positiva anche nell'arteriosclerosi.

L'A. riferisce poi brevemente alcuni casi di diatesi emorragica, con le ricerche relative; notevole un caso di tubercolosi polmonare con porpora, ematuria, piastrine 11000, tempo di coagulazione minuti 11 1/2, fibrina del plasma 0.50 %; inoltre un caso di anemia perniciosa con 66000 piastrine per mmc., ed uno di leucemia linfatica con 7000 piastrine.

DORIA.

Nota sul conteggio di Arneth nella malaria e nella dissenteria.

(By H. B. NEWHAM. C. M. G., M. D., M. R. C. P., and J. T. DUNCAN, F. R. C. S. Department of Tropical Pathology London School of Tropical Medicine. *The Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, n. 23, volume XXIV, December 1921).

Gli AA. si rifanno alle modificazioni che si verificano, in alcune malattie infettive, a carico dei nuclei dei polimorfo nucleati; modificazioni che alterano le cifre percentuali stabilite da Arneth nel 1904 (1).

I varii ricercatori sono giunti finora a risultati quanto mai contraddittorii, applicando il conteggio di Arneth in varie malattie. Essi sono attualmente d'accordo solo sulla tubercolosi. Infatti, questa, nelle forme acute, sembra che lasci riconoscere uno spostamento a sinistra; nelle croniche e durante i periodi di miglioramento lo spostamento sarebbe a destra.

Scarse sono state le ricerche finora fatte sulle malattie tropicali: Knapf (citato da Treadgold in *Lancet*, March 27, 1920) ha trovato che nella dissenteria e nell'anchilostomiasi vi è una deviazione verso destra.

Chamberlain e Vedder (l. c.), nelle stesse malattie, trovarono che la deviazione è a sinistra nei bianchi che abitano i paesi tropicali.

McFie cerca di spiegare tale diversità di risultati come dovuta ad inoculazioni aborti-

(1) Arneth ritiene che la segmentazione del nucleo dei polinucleati stia in diretto rapporto colla loro età. Distingue questi in 5 Categorie: I, II, III, IV e V, secondo che il loro nucleo sia composto da uno, due, tre, quattro o cinque segmenti nucleari.

La percentuale normale, secondo la quale egli ammette che le categorie suddette siano rappresentate nel sangue, è riportata sopra.

Arneth sostiene che in condizioni patologiche, specialmente nelle malattie infettive, essa percentuale varia (anisocitosi neutrofila di Arneth).

Parla, infatti, di deviazione a sinistra del quadro neutrofilo quando prevalgono le due prime categorie e di deviazione a destra quando prevalgono le altre tre.

Queste variazioni hanno, secondo l'A., notevole significato diagnostico; infatti, la deviazione a sinistra starebbe ad indicare la prevalenza di cellule giovani, mentre quella a destra indicherebbe la prevalenza di elementi cellulari maturi o in via di degenerazione.

Questa, in brevi cenni, è la dottrina di Arneth, tanto combattuta da molti e da lui tanto difesa.

ve di parassiti malarici subite dai bianchi sottoposti alle ricerche suddette.

D'altra parte, Breinl (l. c.), nel Queensland, trovò un evidente spostamento a sinistra in bambini affetti da anchilostomiasi.

Arneth dà, come valori normali, 276 segmenti nucleari per ogni 100 polinucleati neutrofili; segmenti che egli vuole così ripartiti: I Categoria: 5 %; II Categoria: 35 %; III Categoria: 41 %; IV Categoria: 17 %; V Categoria 2 %.

Von Bernsdorff, invece, dà la seguente media normale: I Categ.: 0.8; II Categ.: 38.4; III Categ.: 40.2; IV Categ.: 12.4; V Categ.: 1.0. Cioè, un totale di 260 segmenti nucleari per 100 polinucleati.

Gli AA., notando un tale disaccordo tra due ricercatori di tanta autorità, procedettero al seguente controllo: Scelsero sei individui sani che non aveano sofferto mai di malattie vere e proprie e praticarono su di essi, ciascuno per proprio conto, la conta di Arneth, prendendo poi la media delle cifre da ciascun d'essi separatamente ottenute.

La prova dette questi valori: I Categ.: fra 1 e 12; II Categ.: fra 38 e 51; III Categ.: fra 35 e 47; IV Categ.: fra 5 e 13; V Categ.: fra 0 e 3.

In totale i segmenti nucleari oscillarono tra 240 e 276 %; in verità uno solo dei soggetti dette un valore di 276, mentre gli altri 5 si mantennero tra 240 e 253 %.

Quindi gli AA. fissarono come loro norma approssimativa le cifre fra 240 e 260 e le presero come base delle loro esperienze, che condussero nel modo seguente: Su sei casi di malaria (5 di terzana primaverile e 1 di terzana a forma subentrante) con presenza di parassiti nel sangue, e su quattro casi di dissenteria amebica con presenza di amebe nelle feci, praticarono tutti i giorni, ognuno per proprio conto e separatamente dall'altro, la conta di Arneth su ogni singolo soggetto, prendendo poi la media dei valori da ciascun d'essi ottenuti.

Osservarono che: Al principio delle ricerche vi era, nei sei malarici, uno spostamento verso sinistra.

In seguito il quadro di Arneth tornò alla norma in quattro dei casi (compreso quello di terzana subentrante) e vi si avvicinò di molto negli altri due.

Tale spostamento verso la norma sembrò agli AA. che coincidesse colla somministrazione di chinino e che fosse dovuto alla conseguente scomparsa dei parassiti dal sangue circolante.

Nei quattro casi di dissenteria amebica, invece, non furono trovate deviazioni apprezzabili dal quadro normale di Arneth.

Gli AA., peraltro, non giungono a conclusioni generali vere e proprie (data la scarsa casistica personale sulla quale dovrebbero basarle), ma solo a quelle che è permesso trarre dai dati suesposti, che essi, per semplicità, hanno raccolto in tabelle schematiche.

ALFREDO PARLAVECCHIO.

ORTOPEDIA.

Nelle forme avanzate di piedi torti, congeniti e paralitici.

(L. DE GAETANO. *La Chirurgia degli organi di movimento*, vol. V, f. 1).

Nella clinica chirurgica di Napoli l'A. ha avuto campo di operare più casi di piede torto classificati in 3 gruppi.

1° Individui adulti con solenni alterazioni dello scheletro: un caso congenito, nel quale fu praticata la resezione cuneiforme e plastica tendinea; un caso paralitico operato di resezione cuneiforme, plastica e trapianto tendineo.

2° Interventi su adulti senza alterazione notevole dello scheletro per forma paralitica: due casi operati di plastiche e trapianti tendinei;

3° Interventi su ragazzi di media età con marcate alterazioni dello scheletro: due casi congeniti (resezione cuneiforme e plastiche tendinee), due casi paralitici in cui fu praticata la resezione cuneiforme, plastica e trapianto tendineo.

Tali forme riconoscono per lo più una patogenesi sostenuta dal Pascale il quale ammette trattarsi di forme irritative nervose di origine spinale, nella vita intrauterina: vale a sostegno di tale teoria il reperto di Beck il quale ha trovato in 12 casi di piede torto congenito 6 volte una spina bifida occulta. Ogni ammalato veniva studiato dal punto di vista clinico mediante l'esame anatomo funzionale corredato da quello radiologico nervoso elettro-diagnostico. Infatti di ogni individuo è riportata la storia coi dati più salienti, accompagnata da immagini radio e fotografiche, che dimostrano in maniera evidente la deformità prima e il risultato ortomorfo soddisfacente dopo l'intervento. Alcune considerazioni d'indole generale permettono di risparmiare le descrizioni di ogni singolo caso e dimostrano come l'operazione di scelta sia stata la resezione cuneiforme, per la convinzione che solo con l'asportazione di un cuneo di osso, si possa ottenere una correzione corretta considerando sopra-

tutto come un osso solo tutto l'insieme delle ossa del piede (D'Antona). Con una incisione antero-posteriore, che partendo dalle vicinanze del malleolo corrisponde col suo mezzo alla parte più sporgente della deformità ossea, si arriva sull'osso, si scansano i tendini con cura e quando il tarso è sufficientemente denudato si applica lo scalpello (modello di D'Antona a ventaglio, di grandezza conveniente) obliquamente nel senso del pezzo di osso cuneiforme da asportare. L'osso si estrae con una pinza robusta. Posti in buona posizione i frammenti, si procede alla recisione della cute esuberante. Apparecchio gessato. Scarpa ortopedica. Per la plastica di allungamento è preferibile incidere a Z sec. Bayer, il tendine con taglio sagittale e solo raramente, nel caso di larghezza insufficiente, praticare l'allungamento secondo Vulpius-Priolan. Quasi sempre si è innestato il tendine del muscolo attivo su quello paralitico (Trap. discendente di Vulpius o attivo di Hoffa) e una sola volta l'inverso (Trap. ascend. di Vulpius o passivo di Hoffa) cercando di far eseguire al tendine la via più breve e profonda. In tutte le forme, anche in quelle non paralitiche, è bene insistere dopo con cure elettro-balneo-terapiche e generali ricostituenti. In questo modo, anche le forme avanzate e gravi di piede torto possono giovarsi della cura chirurgica.

E. MINGAZZINI.

Paralisi ostetriche.

(H. PLATT. *British med. Journal*, 26 novembre 1921).

Una delle prime descrizioni fu data da Smellie nel 1768. Duchenne e Erb, con l'esame elettrico, sostennero che la causa risiede in una lesione radicolare alta del plesso brachiale. Ciò confermarono Clarke, Taylor e Prout con l'esperimento sul cadavere, e anche Kennedy al tavolo operatorio trovò lesioni sopraclavicolari del plesso.

Ma Küstner, e più recentemente Turner Thomas, Lange, Vulpius e altri sostennero che la sindrome poteva spiegarsi mercè una lesione della capsula articolare della spalla, con sublussazione dell'omero: si avrebbe una pseudoparalisi e talora una vera paralisi transitoria da compressione del plesso brachiale nell'ascella. Quest'ultimo fatto fu veduto una sola volta al tavolo operatorio (Lange), mentre non è abbastanza dimostrata la costante presenza di una lesione dell'epifisi superiore dell'omero.

Le paralisi ostetriche occorrono generalmente nei parti laboriosi per una sproporzione tra feto e bacino; una volta su cinque il feto è in presentazione podalica. Talora vi si associano fratture dell'omero o della clavicola, ematomi sternomastoidei, ecc.

Nei neonati colpisce l'immobilità dell'arto, la posizione caratteristica, e spesso la tumefazione e la dolorabilità sopraclavicolare. La paralisi può presentare il tipo superiore, inferiore o totale. Se viene trascurata si ha generalmente un ritorno della funzione, completo o incompleto, ma per lo più la paralisi persiste nei segmenti distali. Spesso la funzione resta diminuita da contratture, che mantengono l'arto in rotazione interna, e divengono sempre più intense fino a determinare la sublussazione posteriore dell'omero, seguita da incurvamento in basso dell'estremo acromiale. I muscoli paralizzati divengono atrofici, e in certi casi si ha un arresto di sviluppo dell'arto come nella poliomielite, ma i muscoli contratturati non si atrofizzano. L'esito in sublussazione posteriore dei casi non trattati è molto frequente, circa il 70 %. Il trattamento precoce deve anzitutto proporsi di evitare le contratture. Bisogna fissare la spalla in abduzione e rotazione esterna, col gomito flesso, l'avambraccio supinato, e, se occorre, col polso flesso dorsalmente; e ciò onde prevenire lo stato di rilasciamento dei muscoli paralizzati. Nei neonati è sufficiente una stecca a T di latta o di alluminio. Tale posizione va mantenuta per alcuni mesi, finchè gli antagonisti della possibile contrattura si sono bene sviluppati. È utile un lieve massaggio, e dei movimenti di estensione quotidiani dei muscoli paralizzati. Per evitare le contratture tardive conviene far tenere la stecca di notte per lungo tempo, e continuare a lungo la ginnastica passiva ed attiva (ad es. mediante giocattoli). Il comune metodo di fissare con fasce l'arto al tronco è inefficace.

L'esplorazione operatoria del plesso brachiale si fa di regola dopo tre mesi, se persiste paralisi con reazione degenerativa. Sharpe e Taylor vorrebbero intervenire dopo un mese, l'A. invece dopo almeno nove mesi. Se l'esame neurologico rivela una lesione non aggredibile (endorachidea), conviene attendere qualche anno e ricorrere ai trapianti tendinei.

La contrattura e la sublussazione già stabilite, nei bambini minori di 1 anno, possono vincersi sotto anestesia, in uno o più tempi: la posizione adatta viene mantenuta a lungo, preferibilmente mediante un apparecchio di flaster. Nei bambini oltre uno o due anni è necessaria l'operazione cruenta. L'A. preferisce la tecnica di Severe di Boston, che lascia intatta la capsula articolare: può esser neces-

saria la sezione del tendine del sottoscapolare, del gran pettorale, del coraco brachiale, e del legamento coraco-omerale. L'immobilizzazione postoperatoria dev'esser breve, da una a sei settimane: l'arto va fissato in abduzione piuttosto accentuata, impedendo alla scapola di seguirlo. La fisioterapia va continuata a lungo per impedire che si ripresenti la contrattura.

DORIA.

FISIOPATOLOGIA.

Osservazioni sulla secrezione gastrica e duodenale, specialmente in rapporto col diabete mellito.

(T. IZOD BENNETT, E. C. DADDY. *British med. Journal*, 7 gennaio 1922).

La tensione del CO_2 alveolare è costante in un soggetto digiuno, in riposo. Dopo il pasto, nella prima ora sale di 3-5 mm.-Hg., poi discende di altrettanto sotto il livello iniziale, per quindi risalire ad esso e mantenervisi fino ad un nuovo pasto.

Se la secrezione gastrica non ha luogo (soggetto gastrectomizzato, achilico, o che ha subito lavaggio gastrico con atropina), manca l'elevazione iniziale della curva della tensione del CO_2 alveolare dopo il pasto, e si osserva solo la successiva depressione. Lo stesso accade se con un tubo di Einhorn s'introduce il pasto direttamente nel duodeno. Non si osserva neanche questa depressione se il duodeno viene previamente lavato con atropina.

Negli ipercloridrici invece l'elevazione iniziale della curva è molto esagerata.

Secondo gli AA. la tensione del CO_2 nel sangue e quindi nell'aria alveolare, aumenta per una rapida compensazione della perdita di acido dallo stomaco, onde mantenere costante la reazione del sangue. L'inverso accade per la perdita di alcali dal duodeno. Poichè la secrezione biliare è un processo continuo, e, secondo Boldyreff, scarsa è la perdita di alcali per la mucosa duodenale, è la secrezione pancreatica quella che produce maggiori oscillazioni nella perdita di alcali.

Lavando lo stomaco con atropina si abbassa il livello costante della tensione di CO_2 alveolare a digiuno, in riposo; lavando con atropina il duodeno il livello s'innalza. Poichè, secondo Carlson, la secrezione gastrica è un processo continuo anche a digiuno, è l'inibizione di questo processo prodotta dall'atropina la causa del primo fenomeno, secondo gli AA.; inoltre essi inducono dal secondo fenomeno che anche la secrezione pancreatica è un processo continuo, anche per analogia con la secrezione salivare. Il livello normale della tensione del CO_2 alveolare a digiuno rappresenterebbe lo stato di equilibirio fra la continua perdita di acido dallo stomaco e la continua perdita di alcali dal duodeno.

Già Beddard e altri videro nell'acidosi diabetica una diminuzione del CO_2 alveolare, che sarebbe sostituito in parte, nel sangue, dall'acido acetacetico: gli AA. trovarono che in tutti i diabetici il livello del CO_2 alveolare è più basso che nella media dei normali, pur non essendo anormalmente scarsa la secrezione di HCl dello stomaco. La curva della tensione del CO_2 dopo il pasto mostra una debole elevazione ed una susseguente depressione molto accentuata: nei casi di diabete lieve, scomparsa la glicosuria la curva assume il tipo normale.

Per gli AA. la forte caduta di tensione del CO_2 sarebbe indice di una ipersecrezione pancreatica, e poichè, secondo Allen, la secrezione interna del pancreas è inversamente proporzionale alla secrezione esterna, verrebbe spiegata l'utilità delle cure di digiuno nel diabete, nonchè lo scarso reperto di lesioni pancreatiche all'autopsia.

Gli AA. si propongono di dimostrare obbiettivamente questa iperscrezione pancreatica, benchè ciò urti contro gravi difficoltà. Si propongono pure di cercare le modificazioni della glicemia dopo applicazione di atropina sulla mucosa duodenale.

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Prof. F. VALAGUSSA. *Consultazioni di Clinica, Dietetica e Terapia Infantile.* — Terza Ediz. con prefazione di Augusto Murri. Casa Editrice cav. L. POZZI «Il Policlinico», Roma, 1922. Prezzo L. 36.

Ci sia consentito di riportare la lucida recensione che di questo lavoro pubblica *La Clinica Pediatrica*, diretta dal prof. R. Simonini di Modena, nel fascicolo ultimo:

«È un libro veramente nuovo, con impronte personali, pieno di significato, in cui il lettore medico può trovare in poche pagine, sintetizzate, le teorie migliori e più certe di ogni singola malattia che nei vari capitoli il Valagussa ha trattato. Non inutili disquisizioni di ciò che fu un tempo ritenuta vera scienza ed oggi invece è caduto in discredito, perchè soppiantato da fatti e teorie nuove, ma enunciazioni chiare e facili di alti problemi scientifici che sono nel dominio sicuro della verità.

Ma ciò che ancor più dà pregio a quest'opera geniale e forte, è una larga esposizione e il prevalere delle esperienze personali, sia nella parte teorica che nel campo clinico, frutto di lunga e oculata osservazione.

Nulla — pare — dev'essere sfuggito all'Autore nella sua carriera scientifica e pratica, se tanta ricchezza di cognizioni geniali ha saputo imprimere in queste sue pagine scorrevoli e lucide, in cui anche la forma pare voglia dare ornamento decoroso a così dotta materia.

Certi capitoli, come quelli riguardanti la malaria, la poliomielite anteriore, le malattie del tubo gastro-enterico, la vaccinoterapia, hanno una trattazione così ampia, specie per ciò che riguarda le più moderne ricerche e cure dei singoli casi, che maggiore utilità e praticità non si potrebbero attendere da un libro come questo, che l'Autore modestamente chiama «Consultazioni».

Senza essersi a lungo trattenuto su forme morbose rare ed oltremodo difficili, che vanno discusse in ampi trattati della specialità, in una sintesi rapida e varia, ha così voluto e saputo esporre ciò che più deve interessare il medico pratico, che ha da curare non in base ad un empirismo comodo, che cela sovente l'ignoranza, ma sulla guida di cognizioni rigidamente scientifiche.

Eppure qui tutto par semplice, tanta è la chiarezza con cui l'A. scrive: solo così si può esporre — credo — quando dell'argomento si è padrone e signore».

MALCHOW C. W. *La vita sessuale*: Trattato per i medici e per gli studenti. Un vol. in 16° di 320 pag. Soc. Editrice Libraria, Milano, 1921. — Prezzo L. 20.

I concetti svolti in questo libro sono i seguenti: L'istinto sessuale è un bisogno naturale; dal suo appagamento normale dipendono in gran parte il benessere fisico e psichico. In molti individui, specialmente donne, tale appagamento non si compie, sia perchè l'impulso viene ricacciato e mascherato, prendendo poi altre forme, sia per inesperienza e brutalità del coniuge, per cui i primi approcci sessuali lasciano impressione disgustosa, sia infine per le diverse forme di frodi, particolarmente per il *coitus interruptus*. Una gran parte delle donne si trova in tali condizioni; da ciò l'infelicità di molti matrimoni ed il gran numero di affezioni nervose nelle donne male appagate in questo loro bisogno.

L'educazione sessuale che si predica al giorno d'oggi è una specie di teologia, probabilmente più dannosa che utile; i predicatori della castità a tutti i costi sono spesso degli illusi od ignoranti in fatto di sessualità, come quella signora citata da Havelock Ellis, che alla testa di molte iniziative sociali in pro dei buoni costumi, scoprì un giorno che ella stessa praticava da anni la masturbazione senza saperlo. Le leggi della vita sessuale normale vanno dunque rispettate, ai precetti giusti e sicuri su questa materia va data una equilibrata diffusione; solo a tale patto, considerando il bisogno sessuale alla stregua degli altri bisogni dell'organismo, esso potrà entrare nella normalità.

Nel volume, che descrive gli stadî della vita sessuale, l'igiene dei rapporti e tutti gli argomenti inerenti, sebbene non si parli mai di psicoanalisi, aleggia lo spirito di Freud. La buona traduzione è fatta dal dott. Alessandro Clerici. *fil.*

M.me MOLL-WEISSE. *La femme, la mère, l'enfant.* — A. Maloine, éditeur, Parigi, 1921. L. 7.50.

È una guida pratica ad uso delle giovani madri, nella quale, in forma chiara e precisa, sono esposti dei saggi ed utili consigli sulla igiene del bambino, sullo allattamento, sulle nutrici, sullo svezzamento, ecc.

Non mancano cognizioni di fisiologia del neonato, sullo sviluppo di esso, sulla dentizione, ecc., e sulle principali malattie dell'infanzia.

GEN.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche in Milano.

Seduta del 10 febbraio 1922.

Presidenza: Prof. BALDO ROSSI, presidente.

I derivati arsenicali organici nell'èra post-salvarsanica (2ª comunicazione).

G. CASTELLI. — L'O., dopo aver rilevato che i composti di arsenobenzolo e rame si mostrano sprovvisti di una vera azione chemioterapica, dimostra che essa compete invece ai preparati arsenobenzolargentici. Si addentra nella disamina circa la loro costituzione chimica; secondo l'O. la loro formula più probabile è a riconoscersi in quella di Binz e non in quella di Karrer. Le esperienze comparative sulla loro azione tossica e farmacologica permettono di trarre una conclusione pratica: che mentre il grado di tossicità dei composti arsenobenzolargentici è in relazione col contenuto di As della molecola, la facoltà terapeutica non segue lo stesso rapporto: composti con mezza molecola di Ag sono più attivi sebbene meno tossici di altri con una molecola di Ag e ancor più attivi e assai meno tossici di quelli con due molecole di Ag.

I procedimenti di sintesi che permettono la costruzione di preparati arsenobenzoloargentici sono procedimenti generali, che danno la possibilità di unire alla molecola dell'arsenobenzolo altri metalli o sostanze diverse; l'O. mostra preparati nei quali l'arsenobenzolo è legato all'oro, all'emetina, alla chinina. Da ultimo l'O. fa rilevare come tutte queste sostanze devono essere considerate come composti di addizione del 914 o NEO coi diversi principii attivi. I risultati esposti hanno dunque in ciò precorso quelli delle scuole estere.

Il trattamento di talune sindromi d'ipertensione intracranica mediante la perforazione del corpo calloso (operazione di Anton-Braman).

E. MEDEA e G. SOLARO. — Si tratta di dieci casi con sindrome d'ipertensione intracranica nei quali venne praticata la puntura del corpo calloso. In quattro casi si trattava di tumori cerebrali inoperabili; si ebbero vantaggi transitorii e in due casi venuti a morte si constatò la persistenza della perforazione del corpo calloso. In un caso gravissimo di idrocefalo acquisito si constatò che invece della puntura del calloso si era fatta la puntura del ventricolo, enormemente dilatato. Su due casi di idrocefalo congenito si notò in un caso miglioramento, nell'altro nessun vantaggio. Invece in tre casi di meningite sierosa si ebbero vantaggi notevoli, sopra tutto in un caso nel quale si ebbe un rapido ricupero della vista, in soggetto in cui essa era andata rapidamente scomparendo. Gli OO. ritengono che la puntura del corpo calloso debba entrare anche presso di noi nelle abitudini del chirurgo in quei casi nei quali non sia consigliabile una craniectomia decompressiva o la puntura ventricolare. Il vantaggio dell'operazione di Anton-Braman è quello di stabilire una via permanente di deflusso dalla cavità ventricolare allo spazio sottovasale, favorendo il riassorbimento del liquor. La tecnica non è difficile, benchè delicata e da affidarsi a mani esperte.

L'osteotomia ad incastro nel raddrizzamento delle gravi deformità rachitiche degli arti inferiori.

E. NASTRUCCI. — Rilevati gli inconvenienti che presentano i diversi tipi di osteotomie, l'O. espone i principii e la tecnica del suo metodo ad incastro, con il quale corregge l'arto portando gli assi principali costituenti la deformità sulla normale, mantiene a reciproco contatto le superficie di sezione, evita gli spostamenti laterali, eventuali accorciamenti od allungamenti, ed il pericolo della pseudoartrosi.

L'operazione di Stoffel nelle paralisi spastiche.

E. ETTORRE. — Riferisce brevemente il principio e la tecnica dell'operazione e presenta due ammalati di diplegia spastica da lui operati nella Clinica ortopedica di Milano.

Proietta una cinematografia degli ammalati ante cura: attualmente, invece, dopo parecchi mesi dall'intervento, le deformità sono corrette, gli spasmi ridotti al punto che gli ammalati riescono a compiere bene i vari movimenti ed a camminare correttamente con un leggerissimo appoggio.

L'O. richiama l'attenzione sull'importanza della cura rieducativa che deve essere continuata per anni in famiglia.

C. VALLARDI.

R. Accademia Peloritana di Messina.

Seduta del 4 febbraio 1922.

Presidente: Professore G. B. RIZZO.

Contributo alle splenopatie chirurgiche.

Prof. G. FICHERA. — L'O. riferisce su parecchie splenectomie da lui eseguite in casi di ipertrofie malariche ed in altre forme spenomegaliche.

Reperti isto-patologici di milza megalica da malaria cronica, trattata con raggi Röntgen.

Dott. S. DENTICI. — L'O., dopo avere accennato alle ricerche sperimentali ed alle osservazioni cliniche fatte per dimostrare l'influenza dei raggi X sul sistema ematopoietico, ed al fervore di studî recenti per la cura della malaria cronica con mezzi fisici, comunica il reperto isto-patologico di una milza megalica da malaria cronica già irradiata e poi asportata chirurgicamente.

Le modificazioni che si riscontrano nella milza esaminata consistono in fenomeni di necrobiosi dei linfociti dei corpuscoli lienali, e in particolar modo degli elementi cellulari più giovani; contemporaneamente in molti follicoli malpighiani si nota un attivo processo di rigenerazione, dimostrato dalla presenza di numerose figure mitotiche dei centri germinativi, dalla iperplasia linfoide periferica dei corpuscoli, dalla comparsa di qualche plasmacellula. Senza entrare a discutere del valore terapeutico antimalarico della radioeccitazione splenica, si ferma sulla prova anatomo-microscopica, da lui per la prima volta fornita della particolare reazione splenica nell'uomo, e fa la dimostrazione dei preparati.

Ricerche sulla patogenesi dell'ulcera del digiuno consecutiva a gastro-enterostomia.

Prof. R. BRANCATI. — L'O., in questa prima nota, passate rapidamente in rassegna le teorie più accette, riferisce il risultato delle sue esperienze riguardanti 73 cani operati con gastro-enterostomie semplici, ad Y, o accoppiate con resezioni piloro-antrali ed allestite secondo i metodi di Billröth, Polya, ecc., con una somma di 10 ulcere, di cui 9 perforate.

Il maggior numero venne riscontrato quando la gastro-enterostomia fu accompagnata con asportazione del piloro e di un tratto di stomaco contiguo, con ritardo, riduzione od anche deviazione del secreto pancreatico biliare.

Non avendo ottenuto con altre serie di ricerche alterazioni dall'ablazione della semplice mucosa piloro-autrale, dalla resezione dei vasi e dei nervi estrinseci dello stomaco, mentre aveva notato la formazione di ulcera dopo esclusione duodenale accoppiata a resezione piloro-gastrica, egli ammette che l'ulcera digiunale sia dovuta ad un'azione del succo cloridrico-peptico non modificato dallo speciale secreto pilorico e da quello pancreatico-biliare.

Seduta del 20 febbraio 1922.

Presidente: Professore G. B. RIZZO.

Sull'anemia perniciosa splenomegalica. Nuovo contributo clinico.

Prof. N. PENDE. — L'O., dopo avere ricordato le precedenti sue osservazioni del 1910, esaminando le varietà di anemie perniciose tipo Bignani, Strümpell, Biermer, dallo studio dettagliato di un nuovo caso richiama l'attenzione in modo speciale sulla 3ª varietà caratterizzata dal reperto ematico specifico dell'anemia perniciosa, dal voluminoso tumor di milza, dal decorso lungo, assenza di ittero, dalla presenza di un certo numero di mielociti da simulare talvolta uno stato leucoanemico, pur non mancando mai una leucopenia, ed infine dalla trasformazione mieloide parziale della milza. Pone infine il quesito se la splenomegalia emolitica del Banti non possa considerarsi come una forma di transizione tra le anemie gravi splenomegaliche e l'ittero emolitico acquisito.

Sul meccanismo della leucocitosi digestiva (Nota II): *Azione dell'acido cloridrico sul comportamento numerico dei leucociti nell'uomo.*

Prof. C. CIACCIO. — L'O. riferisce i risultati ottenuti somministrando a 12 individui in perfette condizioni di salute e dopo 20 ore dall'ultimo pasto 50-100 cc. di una soluzione al 4 % di acido cloridrico purissimo.

Riferisce di avere avuto in tutti i casi osservati una evidente leucocitosi preceduta nella maggioranza da leucopenia.

Si notano oscillazioni individuali per quanto riguarda l'intensità ed il decorso della leucocitosi.

Riguardo all'intensità si ha un aumento di leucociti oscillante dal 20 al 67 % con un valore medio del 43 % circa. Riguardo al decorso nella maggioranza dei casi i leucociti raggiungono il massimo dopo 45' per poi decrescere successivamente fino a raggiungere per lo più dopo 90'-120' valori quasi eguali e alquanto inferiori a quelli osservati prima dell'ingestione dell'acido.

Contributo allo studio delle alimentazioni incomplete (Nota IV): *Sul comportamento del complemento emolitico nelle cavie digiune ed in quelle sottoposte ad alimentazione unilaterale.*

Dott. S. RACCHIUSA. — L'O. riferisce su alcune esperienze in cui alimentando delle cavie a cavolo, patate, mais o crusca di frumento e tenendone altre digiune con acqua a volontà ha trovato che mentre nelle cavie digiune non si verifica variazione del complemento emolitico, in quelle sottoposte a varie alimentazioni incomplete, si hanno invece variazioni costanti e più o meno spiccate a seconda degli individui; tale diminuzione, nella maggior parte dei casi, è anche progressiva fino a raggiungere valori molto notevoli nell'ultima settimana di vita.

SANTI RACCHIUSA.

Convegno in Roma delle Associazioni Nazionali contro la tubercolosi.

Il 12 e 13 aprile si è tenuto in Roma l'annunciato Convegno antitubercolare, promosso dalla Federazione Italiana delle opere antitubercolari, dalla Croce Rossa Italiana, dal Comitato Romano per la lotta contro la tubercolosi, dalla Associazione antitubercolare del Mezzogiorno, dalla Associazione contro la tubercolosi in Sicilia, dalla Associazione Italiana per l'Igiene, dall'Istituto Italiano di igiene, previdenza ed assistenza sociale.

Circa 80 sono stati gli intervenuti, in rappresentanza di qualche centinaio di istituzioni regolarmente funzionanti in Italia per la lotta antitubercolare.

Erano anche rappresentate la Direzione Generale di Sanità dal comm. Ravicini, la Confederazione Generale del Lavoro dall'on. Zanardi, le Case popolari dall'ingegnere Tamburini, l'Associazione per la donna dalla signora Schiavoni-Bosio.

Nessun discorso di apertura o di chiusura ha fatto perdere il tempo ai convenuti. Si è subito cominciato a lavorare ed il lavoro è stato veramente proficuo.

Sarà distribuito un resoconto delle quattro sedute del Convegno a tutti gli enti rappresentati.

Ciò che importa ai medici italiani ed a tutti i lettori di questa rivista è di sapere a quali conclusioni si è giunti e quale è apparso dal Convegno lo stato della lotta antitubercolare in Italia.

Una prima confortante constatazione è stata questa: che in tutta Italia, dove più dove meno, si è lavorato per l'organizzazione di questa lotta e si è lavorato bene.

I resultati naturalmente sono stati maggiori dove le iniziative private si sono meglio coordinate fra di loro e con gli enti pubblici costituiti per legge.

Specialmente ammirata è stata l'organizzazione del Consorzio antitubercolare provinciale di Milano, che è sorto nel 1920 ed ha cominciato a funzionare nel 1921 secondo le disposizioni della legge luglio 1919, preferendo però l'opera di propaganda e di persuasione all'uso del decreto prefettizio di obbligatorietà per avere la libera adesione dei Comuni.

Questa organizzazione provinciale consorziale, realizzata o in via di realizzazione a Milano, a Torino, a Venezia ed in altre pochissime provincie del Regno, è apparsa specialmente efficace per una lotta a fondo contro il flagello tubercolare.

Se in tutte le provincie accadesse questa coordinazione delle forze oggi disperse ed altrettanti Consorzi antitubercolari, regolarmente eretti in ente morale, funzionassero come a Milano e a Torino, la lotta contro la tubercolosi entrerebbe presto in una fase decisiva.

Una prima necessità è stata dunque accertata da questo Convegno: *la necessità dei Consorzi provinciali antitubercolari.*

Un'altra constatazione importante è stata questa: che l'iniziativa privata in ogni regione d'Italia si è rivelata largamente benemerita della pubblica salute, facendo funzionare, sebbene con scarsi mezzi, e fra molte difficoltà, una quantità di istituzioni profilattiche e curative, capaci di un notevole contributo, diretto od indiretto, alla lotta contro la tubercolosi.

Di qui un'altra necessità, unanimemente riconosciuta dai convenuti: quella di lasciare libere queste iniziative, ma di utilizzarle e di favorirle, coordinandole in tal modo, *liberamente,* cioè senza far loro perdere la virtù grande della autonomia.

Nelle quattro sedute del Convegno un numero notevole di istituzioni antitubercolari han potuto, per mezzo dei loro valorosi rappresentanti, dimostrare la propria utilità e nello stesso tempo il bisogno di aiuto da parte di un ente coordinatore che disponga di mezzi adeguati per valorizzare i loro sforzi.

Questo ente coordinatore fu indicato, in ogni provincia, nel Consorzio antitubercolare.

Ma gli stessi Consorzi antitubercolari hanno bisogno di un ente centrale, che a sua volta coordini in un'azione nazionale le singole azioni provinciali e rappresenti lo sforzo italiano antitubercolare nella organizzazione mondiale contro questo flagello.

Anche alla costituzione di questo centro nazionale per la lotta antitubercolare il Convegno ha provveduto coi medesimi criterii, che possiamo dire italiani, adottati per la costituzione dei Consorzi provinciali, ed è stata deliberata la costituzione di una *Federazione Italiana Antitubercolare,* nella quale sia garantita la maggiore autonomia dei singoli enti federati. Sulla necessità di questa autonomia l'opinione dei convenuti è stata unanime e recisa.

Si è dato incarico al senatore Foà di formulare in questo senso lo Statuto della Federazione, e fra poco un grande organismo nazionale potrà finalmente iniziare, con la fervida collaborazione di tutte le Associazioni, nazionali e provinciali, in ogni provincia ed in tutta la nazione, una nuova fase, più feconda, di lavoro sociale contro la tubercolosi.

La struttura e le funzioni di questo organismo che è uscito dal Convegno di Roma non potrebbero essere più semplici.

Ma il lavoro da compiere, perchè possa mettersi in moto, non è poco nè semplice.

Le stesse Associazioni nazionali promotrici del Convegno debbono mettersi prima d'accordo su parecchi punti che il Convegno non ha toccato e non poteva toccare. Quale sarà, per esempio, il destino delle Associazioni regionali contro la tubercolosi? Fra l'organizzazione provinciale e quella centrale dovrà essercene una intermedia, magari transitoria, regionale?

E quali saranno i rapporti fra la Federazione Antitubercolare e gli enti che hanno anche altre funzioni oltre a quella di lottare contro la tubercolosi?

Quali saranno i rapporti fra la libera organizzazione antitubercolare delle istituzioni federate di iniziativa privata e l'organizzazione statale?

In qual modo si potrà assicurare al nuovo organismo federale il diritto di rappresentanza della lotta antitubercolare italiana nei rapporti con l'ente internazionale già costituito ma non più riconosciuto o da costituire e da riconoscere?

Questi ed altri problemi sono ancora da risolvere. Ma fra tutti è veramente formidabile quello finanziario, dal quale forse comincerà l'opera di propulsione del nuovo organismo federale per assicurarsi le ragioni stesse del vivere.

Nessuna lotta veramente efficace potrà infatti esser fatta, nessuna propaganda potrà essere onestamente compiuta per indurre i bisognevoli di prevenzione e di cura alla richiesta dei mezzi necessari se prima non saranno apprestati questi mezzi od assicurata la possibilità di apprestarli, il che non può avvenire senza larghe disponibilità finanziarie, non di milioni, ma di miliardi, ottenute o con le assicurazioni sociali o con altro mezzo ugualmente capace di trarre dalle grandi masse della popolazione il denaro necessario.

Queste sono le mie impressioni sul Convegno antitubercolare di Roma, che ha fatto fare un gran passo alla organizzazione della lotta contro la tubercolosi, creando la Federazione Antitubercolare e richiamando vivamente l'attenzione di tutti sulla necessità dei Consorzii antitubercolari provinciali. Ma la grande fatica comincia ora, perchè il Convegno stesso ha aperto una via sulla quale il nuovo organismo troverà non pochi e non lievi ostacoli inevitabili e dovrà arditamente avanzare, senza scoraggiamenti e senza esitazioni, per vincerli tutti, uno dopo l'altro; lottando con tenacia, con fede, contro la tubercolosi, ma anche contro gli amici, sia pure inconsci, della tubercolosi.

T. ROSSI DORIA.

ERRATUM. — Nel fasc. 16, p. 535, sin., righe 48-49, leggere: «al compatimento altrui».

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Sul trattamento dell' eclampsia.

I. G. Moran (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, febbraio 1922) propone di sedare gli accessi convulsivi mediante iniezioni di morfina, a ragionevoli intervalli, fino a ridurre i respiri a 10-12 per minuto. Il mezzo è facile e sicuro: egli l'ha adoperato con buon esito anche in presenza di cilindruria.

Negli stati tossiemici preeclamptici, e sopratutto nel coma, se la pressione è alta consiglia il salasso generoso, fino a ridurre la pressione stessa intorno a 150 mm.; consiglia inoltre di ripulire l'intestino mediante due once di olio di ricino, e di lavare l'intestino, praticando poi una proctoclisi goccia a goccia di una soluzione di glucosio al 5 % alcalinizzata con bicarbonato di soda.

Alla prima minaccia (retinite progressiva, amaurosi, coma preeclamptico) affretta lo svuotamento dell'utero, ricorrendo, secondo le circostanze, e il periodo della gestazione o del travaglio, al parto provocato con la candeletta (6° mese), o col pallone, alla versione, al forcipe.

Non usa il parto forzato mercè dilatatori metallici, perchè troppo traumatizzante. Per ostacoli meccanici al parto (bacino ristretto; collo non dilatabile cicatriziale, delle primipare attempate, ecc.) ricorre alla cesarea addominale o vaginale: vi ricorre eccezionalmente per altre indicazioni (es. convulsioni gravi in travaglio).

Come anestetico preferisce l'etere, che provoca minor acidosi anche dell'ossido d'azoto.

Consiglia un'attenta sorveglianza in gestazione. Un'ipertensione persistente rivela una insufficienza renale. L'oftalmoscopio mostra una retinite quando ancora mancano disturbi visivi, e non v'è albumina e cilindri nelle urine. L'azotemia e l'azoturia sono di alto valore prognostico, e sopratutto la ritenzione di acido urico e creatinina. La semplice ricerca dell'albuminuria nelle ultime settimane di gravidanza non è sufficiente.

Intervenendo a tempo coi presidî igienici e terapeutici si può prevenire l'eclampsia, o almeno dominarne meglio le manifestazioni: la caserea d'urgenza si rende sempre meno necessaria.

L'A. riporta 33 casi trattati con i criteri suesposti, con due esiti infausti per la madre.

DORIA.

Dieci anni di parto indolore.

La donna moderna, per la sua più squisita sensibilità fisica e psichica, ha più che mai bisogno di un alleviamento dei dolori del parto. Diminuire il dolore significa evitare lo *shock* e l'esaurimento, mantenere integre le forze di resistenza dell'organismo, significa anche, secondo G. C. Mosher (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, febbraio 1922), combattere una delle maggiori cause della scarsa natalità. Riferisce egli un aneddoto di A. Simpson, nipote di James S., il quale per aiutare un travaglio lento lasciò alla partoriente alcune pillole che egli credeva di segale, ma che erano invece di oppio. Accortosi dell'errore ritornò, ma con sua meraviglia trovò che dopo un sonno ristoratore delle valide contrazioni avevano espletato il parto.

L'A. ha esperimentato vari farmaci. La ioscina-morfina-cactina è assai pericolosa pel feto; così pure la morfina-ioscina e la morfina-atropina. La morfina scopolamina gli sembrava più adatta, sebbene non incontrasse favore presso altri. Le dosi profondamente narcotizzanti arrestano anche le contrazioni uterine, ma Gauss ha osservato che il travaglio continua se si spinge la narcosi soltanto fino al cosidetto sonno crepuscolare. La dose a tale intento è variabile da caso a caso, ed è da rigettare il metodo di Siegel che stabilisce dosi fisse. Egli usava una forte dose di scopolamina e dosi ripetute di narcofina; poi sostituì questa con l'amnesina, una combinazione di chinina e narcofina, onde stimolare le contrazioni. Ma quest'azione della chinina è assai dubbia, come è dubbio che essa riesca a dominare l'eccitamento eventuale da scopolamina.

Più tardi l'A. sostituisce alla morfina il pantopon, privo di azione paralizzante sul centro respiratorio, e quindi assai meglio tollerato dal feto. Darebbe inoltre meno facilmente nausea, vomito, costipazione, oliguria.

Poichè però gli oppiacei si eliminano lentamente, mentre la scopolamina è di eliminazione assai più rapida, l'A. preferisce non dare altro pantopon oltre la dose iniziale; nei casi adatti, con buon equilibrio mentale, non lo usa affatto.

Il periodo dilatante viene abbreviato da questo trattamento, l'espulsivo si protrae un po' più: l'A. aiuta l'espulsione con l'iniezione ipodermica di 1/3 di fiala di pituitrina quando la testa, giunta al perineo, non progredisce per

l'inerzia uterina. Certo il forcipe è richiesto più spesso, ma, se ben applicato, non è dannoso quando la testa è al perineo e la dilatazione completa: si deve aver cura di trarre nell'intervallo tra le contrazioni e di rimuovere l'istrumento prima che la testa sia completamente fuori dell'ostio.

Il secondamento spesso ritarda, ma, se ben governato non è causa di maggiori emorragie: nessuna manovra si deve fare finchè la placenta non si è distaccata, ciò che si rileva dalla discesa di altri 6 cm. circa di cordone. L'A. attualmente esperimenta la somministrazione di mezzo c. c. di pituitrina subito dopo l'espulsione del feto per accelerare il secondamento.

Per la buona riuscita dell'anestesia scopolaminica occorre la tranquillità dell'ambiente; talora è utile anche ovattare le orecchie della donna.

L'A. usa fiale di tre decimilligrammi di scopolamina: ne occorrono in media tre e mezzo, ma spesso ne basta una (12 % dei casi); al massimo se ne usarono dodici. Nei parti molto rapidi (meno di 2 ore) la scopolamina non risponde, e, quando possano prevedersi, val meglio l'etere, che, a detta dei più, è preferibile in questi casi al protossido d'azoto.

La mortalità fetale, con l'anestesia scopolaminica, va dal 2 al 7 % secondo i vari AA.; per Mosher fu del 2.8 %, ma nessun caso si poteva attribuire alla narcosi. Talora i neonati hanno oligopnea, mai però apnea; con i mezzi comuni si riaminano completamente.

La mortalità materna dovuta alla scopolamina fu nulla per l'A.: egli vanta in particolar modo l'utilità del metodo nell'ottenere la rotazione spontanea delle presentazioni occipito-posteriori, senza esaurimento della donna. Trovò pure utile la scopolamina nelle cardiopatie, nella tossiemia, nella rigidità del collo, nelle viziature pelviche lievi. L'involuzione uterina segue più rapida; in circa dodici giorni il fondo uterino torna alla sinfisi e i lochi non sono più rossi.

La funzione mammaria, secondo l'A., non è affatto danneggiata.

Le lacerazioni perineali sono diminuite di entità e di frequenza.

La donna va continuamente sorvegliata per prevenire un possibile parto precipitoso.

DORIA.

L'estratto pituitario nel secondamento.

G. L. Brodhead ed E. G. Langrock (*Am. Jour. of Obst. and Gyn.*, febbraio 1922) riportano i risultati di 160 casi nei quali somministrarono per via ipodermica 1 cc. di infundibulina subito dopo l'espulsione del feto. Ottantasette erano parti spontanei e tredici operativi. La placenta fu espulsa spontaneamente in 19 casi, nel termine di 4 a 18 minuti, mentre in una serie di 1000 casi, senza pituitrina, di Williams, fu espulsa spontaneamente in nove soltanto (!!). In 78 casi fu espressa alla Credè e in tre fu estratta manualmente. L'emorragia fu in generale scarsa (180 cc. compresa la prima ora dopo il secondamento), ma in qualche caso notevole, oltre un litro.

In un caso dopo il secondamento l'utero rimase atonico; di qui la necessità di sorvegliarlo anche dopo l'iniezione di pituitrina.

In un altro caso l'utero era contratto a clessidra ed il collo era così ristretto che oppose grande difficoltà all'estrazione manuale della placenta: queste contrazioni irregolari non sono molto rare dopo la pituitrina, e gli AA. ne ricordano un altro caso: non escludono però che possano verificarsi anche spontaneamente.

In complesso la pituitrina pare riduca apprezzabilmente l'emorragia: le complicazioni sono rare e non gravi.

D.

La menopausa chirurgica.

La castrazione prima della pubertà produce atrofia della vulva, dell'utero, delle mammelle, e modificazioni dei caratteri sessuali secondari.

Secondo Pende si ha un tipo di scheletro eunucoide, con preponderanza degli arti inferiori (fanciulle-pioppi). Le altre ghiandole, in ispecie le surrenali, possono contribuire a produrre un tipo maschile o infantile.

Dopo la pubertà gli effetti della castrazione sono meno profondi, ma tuttavia più che nella menopausa naturale, per l'arresto improvviso della funzione ovarica. Si hanno disturbi anche delle altre ghiandole, tiroide, surrenali, ipofisi, epifisi.

In una ragazza di 18 anni la castrazione, per salpingite da aborto, non modificò notevolmente l'habitus nè i caratteri femminili, ma produsse disturbi gastrici ed epatici e gran debolezza: evidentemente per un disturbo surrenale.

Una ragazza sotto i 18 anni castrata per tumore maligno si lamentò poi sempre di cefalea, probabilmente per compressione dell'ipofisi ipertrofica nella propria capsula.

(Dalché. *Progrès méd.*, 1922, p. 545).

D.

ENDOCRINOLOGIA.

Sul jodismo dei bevitori.

I bevitori, osserva M. Bonsmann (*Münch. Med. Wochenschr.*, n. 52, 1921), presentano spesso dei fenomeni di jodismo (coriza, lacrimazione) già dopo dosi di 1/2-1 gr. di joduro di potassio. Tale disposizione al jodismo si deve probabilmente ascrivere allo stato di irritazione cronica in cui si trovano in detti individui le mucose delle vie aeree superiori. In molti di questi individui l'A. constatò un'ipersensibilità alla pilocarpina; probabile conseguenza dell'ipereccitabilità delle glandole salivari, provocata dall'alcool. I raffreddamenti aumentano, l'infezione luetica diminuisce la disposizione al jodismo.

POL.

La cura jodica nel gozzo esoftalmico.

E. Neisser ha dimostrato recentemente che, contrariamente a quanto si ritiene, le piccole quantità di jodio sono ben sopportate dai basedowiani e producono anche miglioramenti notevoli, facendo aumentare il peso e diminuire la bradicardia.

C. Loewy e H. Zondek (*Deut. med. Woch.* e *Presse médicale*, 4 gennaio 1920) hanno ripreso la questione, studiandola con metodi precisi, specialmente sulla base degli scambi respiratori, che son tanto elevati nei basedowiani. Somministrarono in 12 casi classici (9 cronici e 3 acuti) lo joduro di potassio in soluzione al 5 %, tre volte al giorno, incominciando con 3 goccie e salendo fino a 20-30. Non osservarono nessun disturbo, ed in quasi tutti i casi miglioramento notevole in riguardo all'aumento di peso ed alla tachicardia: nessuna influenza sui sintomi oculari.

Il metabolismo basale viene rapidamente modificato, ottenendosi anche diminuzione del 19-30 %, e portandosi prossimo alla normale, anche con piccole quantità di joduro di potassio (g. 0.025-0.12 per giorno).

Le dosi di joduro di potassio vanno regolate secondo il peso; fino a che l'accrescimento di questo continua, si può aumentare anche lo joduro; la tolleranza varia secondo i soggetti, è bene però non oltrepassare le 20 gocce, avendosi altrimenti dimagrimento e aggravamento dei disturbi subbiettivi, che costringono a sospendere il trattamento. Sembra che si tratti di un effetto specifico dello jodio, che manca nei sifilitici, negli obesi, nei sani; probabilmente nel basedowismo si tratta di distiroidismo più che di ipertiroidismo.

fil.

L'opoterapia nell'obesità.

F. Ratheray (*Boll. Médical*, 1922, p. 1045) dice che la cura opoterapica dell'obesità è piuttosto empirica. Da sola di rado basta; è utile se associata alla dieta opportuna e all'esercizio muscolare, specialmente nelle forme dovute a disturbo endocrino, e in quelle costituzionali. È controindicata nelle forme nervose o digestive ed in quelle dipendenti da malattie dei vasi o da infezioni.

L'obesità da distiroidismo spesso è accompagnata da segni di mixedema o da criptorchismo. Il trattamento tiroideo va sorvegliato ed associato a dieta ricca di idrati di carbonio, potendo produrre uremia, per l'aumentato catabolismo delle albumine.

Occorre proibire i bagni freddi, l'alcool, e la fatica. Iniziare con due centigr. di estratto secco due o tre giorni per settimana, aumentando gradualmente a cinque centigr. due o tre volte al giorno. Nei fanciulli cominciare da uno o due milligrammi; interrompere spesso la cura per vari giorni. Il massimo va regolato dai segni d'intolleranza e dai progressi della cura. Spesso giova dare l'estratto ovarico o testicolare, o l'estratto del lobo posteriore dell'ipofisi, nei giorni nei quali si sospende la cura tiroidea.

L'obesità genitale appare nei vecchi dopo la scomparsa delle funzioni genitali, e nei fanciulli nei quali ritarda la pubertà; talora nell'età media in conseguenza del modo di vita.

L'estratto orchitrico (25 ctg.. due a quattro volte al giorno; nei fanciulli meno), può essere associato all'estratto surrenale e tiroideo; i risultati migliori si ottengono nei fanciulli.

L'obesità ovarica può essere spontanea (forme congenite, della pubertà, dell'allattamento, della menopausa) o acquisita (forme postinfettive, postnuziali, o chirurgiche). L'estratto ovarico giova spesso contro gli altri sintomi, non sempre contro l'obesità: si raccomanda di usarlo insieme alla dieta adatta, e ad estratto tiroideo o pituitario. In un caso ricomparvero le mestruazioni e il peso si ridusse notevolmente dopo due anni e mezzo di cura.

Nell'obesità costituzionale il trattamento tiroideo è ormai caduto in discredito. Occorre evitarlo nei pazienti con instabilità tiroidea o con disturbi cardiaci. L'intolleranza si manifesta con palpitazioni, vampe, sudori, brividi, diarrea, dimagrimento rapido ed eccessiva eliminazione di azoto. Ogni lieve aumento di frequenza del polso richiede la sospensione temporanea del rimedio.

I vari preparati opoterapici similari differi-

scono molto anche per la percentuale di principio attivo; ciò rende ragione di alcuni insuccessi. DORIA.

DIAGNOSTICA.

Il fremito idatideo.

Secondo L. E. Barnett (*New Zealand Med. Journ.*, 1922, p. 277), la principale condizione per avere il fremito idatideo è la presenza di cisti figlie elastiche a contatto con la parete della cisti principale. La loro vibrazione si trasmette facilmente a questa, se il liquido cistico ha una tensione moderata.

Percuotendo i tumori liquidi si possono provocare due forme di vibrazione. Una forma comune, dovuta all'onda fluida, che non è peculiare alle cisti idatiche, ma talvolta si presenta in alcune cisti a parete sottile in intimo contatto con la parete addominale (cospicue idronefrosi, cisti del parovario e del meseutere, vescica molto distesa, ascite, cisti idatidea uniloculare); ad una forma particolare, il vero trillo idatideo, che ricorda una molla vibrante, e si protrae oltre il momento della percussione: con la percussione ascoltata si ode una risonanza come di tamburo.

In questa forma è patognomonico, e fu descritto da Briançon nel 1828: però è rarissimo ad osservarsi.

L'A. lo trovò in 7 casi su 300: in essi la cisti madre stava immediatamente sotto le pareti addominali, mostrava segni di degenerazione donde una diminuita tensione del liquido cistico, conteneva grandi cisti figlie non molto strettamente allogate, onde potevano vibrare in contatto con le pareti della cisti madre.

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1248) *Sulla crisi emoclasica.* — Al dott. G. Cantarelli, da Corropoli:

Consulti: WIDAL, ABRAMI, JANCOVESCO: *L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'étude de l'insuffisance hépatique.* Presse médicale, 1920, 11 dicemb. — WIDAL, ABRAMI e BRISSAUD: *Étude sur certains phénomènes de choc observés en clinique: signification de l'hémoclasie.* Ibidem, 3 aprile 1920. — WIDAL, ABRAMI e PASTEUR, VALLERY-RADOT: *L'antianaphylaxie:* Ibidem, 1° ott. 1921. — LEREDDE e DRUET: *La crise hémoclasique (nitritoïde) de l'arsénobenzol.* Gazette des Hôpitaux, 1920, 14 e 16 dicembre. — P. GAUTIER: *La crise hémoclasique.* Rev. médic. de la Suisse Romande, marzo 1921. — LUMIÉRE: *Rôle des colloides chez les êtres vivants.* Masson e C., Parigi, 1921. *fll.*

(1249) *Testo di medicina legale.* — Al dottor L. C. da Carpaneto (Piacenza):

Il testo di Medicina Legale che corrisponde alle esigenze da Lei richieste è quello del professor Ascarelli Attilio, in corso di pubblicazione, del quale sono già edite le puntate 1ª e 2ª che costituiscono circa i due terzi dell'intera pubblicazione. L. P.

(1250) *Manuali pratici di puericoltura.* — All'abbonato n. 1577 da Molfetta:

Comment élever nos bébès, del dott. Pironneau (Parigi - Librairie Garnier, 6, Rue des Saintes-Pères, 1921). — *Manual élémentaire de puériculture*, del dott. Mulon (Parigi - Manon et C., 1920). — *L'igiene del bambino*, del prof. L. Concetti (Soc. Editrice Dante Alighieri). — *Il bambino*, del prof. Valagussa (Edit. Modes, Roma, 1910). G.

VARIA

L'epoca favorevole ad una buona concezione.

L'uomo a differenza degli altri animali si accoppia in tutte le stagioni. L'uomo ha perduto l'istinto primitivo per il quale negli animali allo stato selvaggio i testicoli e le ovaie, quiescenti per tutto il resto dell'anno, si risvegliano in primavera determinando modificazioni di altre parti dell'organismo e destando il desiderio sessuale.

Gli animali allora vestono il loro abito di nozze (comparsa delle corna nei cervi, penne brillanti in alcuni uccelli, congestione dei bargilli nei galli, ecc.). Negli animali domestici la stagione degli amori è tanto più prolungata quanto più prolungato e perfetto è l'addomesticamento. Nel cane, il più antico compagno dell'uomo, e nell'uomo stesso la stagione degli amori dura tutto l'anno.

Apert (*Paris Médical*, 1921, n. 16) si domanda se nell'uomo non persiste un ricordo della fisiologia primitiva, per modo che un'epoca dell'anno sia più favorevole alla fecondazione. Per alcuni popoli delle regioni polari la quistione è risoluta: gli Esquimesi hanno l'istinto genesico periodico; durante la notte polare, che dura quattro mesi, le donne non sono mestruate, e l'appetito sessuale è assopito in ambo i sessi e non si risveglia che con il ritorno del sole.

Tranne questa eccezione non sembra che il desiderio sessuale negli uomini sia più forte in questa o quella stagione. Tuttavia le statistiche delle nascite dimostrano decisamente che il massimo delle concezioni si verifica in primavera. Le concezioni sono più numerose in mag-

gio e giugno, diminuiscono da luglio a ottobre, aumentano in novembre, ed in qualche paese in dicembre, e diminuiscono di nuovo in gennaio e febbraio; in marzo comincia l'aumento che raggiunge il massimo in maggio o giugno. Le concezioni illegittime seguono la stessa curva ma con più marcate oscillazioni, ciò che prova che le cause che determinano queste variazioni agiscono più energicamente quando più l'uomo si accosta allo stato di natura.

Le statistiche dimostrerebbero anche che le concezioni sono più frequenti in coincidenza di vacanze. Al riguardo Bonola prendendo in esame l'epoca della nascita di 8000 idioti ha potuto notare, che nella grande maggioranza la loro concezione corrispondeva ai primi giorni di gennaio, a carnevale, ed alla vendemmia: concluse che la fecondazione durante lo stato di ubbriachezza è uno dei fattori dell'idiozia.

In modo affatto diverso si comporta la curva delle concezioni degli uomini illustri, studiata dallo stesso autore. Ed è curioso che un analogo comportamento ha la curva delle concezioni dei figli illegittimi. Entrambe segnano un massimo di altezza in maggio, si abbassano sensibilmente da maggio a novembre, si elevano gradatamente da novembre a marzo sempre restando al di sotto della media, si elevano rapidamente in aprile sorpassando la media. In conclusione la concezioni illegittime a quelle degli uomini superiori sono favorite dalla primavera. La primavera quindi non sarebbe solamente la stagione dell'amore, come cantano i poeti, ma anche la stagione nella quale l'amore dà i prodotti di migliore qualità.

dr.

L'età dei genitori degli uomini di genio.

Una quistione molto dibattuta si è quella riguardante in quale età gli uomini possono procreare individui fisicamente sani e psichicamente superiori.

Per quel che concerne la costituzione fisica dei figli in rapporto all'età dei procreatori la soluzione del problema è ancora da ricercarsi in quanto che le statistiche elaborate a tale scopo sono contradditorie.

Più concordanti invece sarebbero i dati riguardanti l'età dei genitori degli uomini intellettualmente superiori, malgrado che il materiale preso in esame da varî autorî sia stato diverso.

Galton trovò che la percentuale degli uomini di genio procreati da individui di 30-34 anni è la massima, 26 %, è minima per genitori di 50 anni e oltre e per genitori giovani al di sotto di 24 anni.

Joder trovò la massima percentuale per genitori di 35-39 anni e la minima concordante con quelle di Galton.

Ellis trovò dati del tutto corrispondenti con quelli di Galton.

Redfield (*Medical Record*, 1921, 31 dicembre), che ha esaminata l'età dei genitori degli uomini intellettualmente superiori di tutto il mondo, e non limitatamente a quelli anglo-sassoni, ha trovato la massima percentuale per genitori di 40-44 anni, una percentuale abbastanza elevata anche per genitori di 45-50 anni ed invece una bassissima per genitori con età inferiore a 25 anni.

Interessante è il fatto che con lo sviluppo ed il perfezionamento della psiche tanto nelle varie specie animali, quanto nelle varie razze umane la età dei procreatori è sempre più alta.

I conigli procreano in media ad un anno di età, le pecore a 4 anni, i cavalli a 10, le scimmie a 16, gli eschimesi a 23, i Polinesiani a 26, i cinesi a 29, gli uomini civili della razza bianca a 31, e questi ultimi procreano più frequentemente individui cerebralmente superiori all'età di 35-45 anni.

dr.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

GAVAZZENI S. e JONA A. *Sul valore diagnostico e prognostico di un sintomo oculare e di una manifestazione cutanea in certe sindromi nervose.* — Napoli, Amministrazione della «Riforma medica», 1919.

GENNA MARIA. *Ricerche sulla nutrizione dell'Anopheles claviger.* Napoli, Francesco Giannini e F., 1921.

GURRIERI RAFFAELE. *La medicina legale nell'Università di Bologna.* — Imola, Stab. Tip. Imolese, 1921.

GUSMITTA MARIO. *La moderna assistenza tecnico-sociale degl'invalidi del lavoro.* — Pescia, 1919.

JONA A. e LUSSO A. *Cure disintossicatrici. Delibitazione organica e tubercolosi.* — Napoli C. M. Muca, 1920.

JONA AUGUSTO. *Sulle alterazioni cardio-polmonari dei minatori.* — Napoli, Luigi Pierro, 1919.

ID. *Sui purganti e sull'alimentazione nella cura dell'attuale epidemia.* — Napoli, Luigi Pierro, 1918.

ID. *A proposito di malaria latente: sua cura.* — Napoli, C. M. Muca, 1920.

MANCIOLI TOMASO. *Otite grippal.* Rio Janeiro, Typ. Bernard Frères, 1921.

MANZOTTI ADOLFO. *Statistica delle operazioni chirurgiche eseguite negli anni 1919-920 nell'Ospedale di Gaiarine.* Modena, E. Bassi & Nipoti, 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Annullamento di un concorso.

Il Prefetto della Provincia di Torino, al quale era stato fatto regolare ricorso, ha annullata la nomina a chirurgo primario presso l'Ospedale di S Giovanni e della città di Torino.

Nella motivazione è detto che il Consiglio Ospedaliero, per rendere possibile tale nomina, aveva proceduto con artifizi di votazione che la legge non contempla e non consente; è fatto anche cenno alla mancata applicazione delle disposizioni del R. Decreto 18 settembre 1919, n. 1825, in favore dei concorrenti che dispongono di titoli militari conseguiti durante la guerra.

Negli Ordini dei Medici.

NUOVI CONSIGLI PER IL BIENNIO 1922-1923.

Brescia: Paroli Giacomo, presidente; Magrassi Artemio, vice-presidente; Vittorio Butta, segretario; Domenico Riva, tesoriere; Copetta Lamberto, De Lucchi Giorgio e Virgilio Lanfranchi, consiglieri.

Trento: Girardi Azor, presidente; Erlacher Jacob, vice-presidente; Dal Ri Giovanni, segretario; D'Anna Carlo, tesoriere; Ognibeni Alberto, Tappainer Ernesto, Brunner Antonio e Wachtler Guido, consiglieri.

Zara: Galvani Arturo, presidente; Battara Rodolfo, segretario; Mandel Maurizio, cassiere; Rolle Eugenio, Venturelli Giovanni, consiglieri.

(Nell'Ordine dei Farmacisti di Zara sono risultati: Binachi Carlo, presidente; Mircovich Carlo, segretario; Krichmayer Giuseppe, cassiere; Bercich Giuseppe, Mazzolani Giovanni, consiglieri.

L'Ordine dei Veterinari è stato aggregato a quello di Trieste).

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9369) *Medico condotto - Ufficiale sanitario.* — Dott. abb. 4417. — Stabilendosi nel Comune un medico libero esercente non vi è ragione che Ella debba rinunziare alla carica di Ufficiale sanitario, potendola ritenere insieme alla condotta. Ciò, sia perchè non vi è motivo per passare da un incarico provvisorio ad altro incarico egualmente provvisorio, sia perchè la facoltà del Prefetto di conferire nomine provvisorie ad Ufficiale sanitario, è da tempo cessata.

(9370) *Elenco dei poveri.* — Dott. V. C. da P. — Contro le violazioni del regolamento generale sanitario commesse nella formazione dell'elenco dei poveri, Ella può ricorrere alla IV Sezione del Consiglio di Stato. Il ricorso deve essere scritto su carta da bollo da lire 3.00 ed essere depositato nella segreteria del Consiglio, dopo di essere stato sottoscritto da un avvocato, abilitato alla Cassazione. Per la completa trattazione dell'argomento, riscontrare la «Legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale», del comm. Alberto Vigo, a pag. 35 e segg.

(9371) *Visite necroscopiche.* — Dott. A. Z. da P. S. B. — Il medico condotto, cui incombe l'obbligo delle visite necroscopiche, deve farle sempre gratuitamente, anche per persone non iscritte nello elenco dei poveri.

(9373) *Infortuni sul lavoro.* — Dott. R. M. da B. — Il regolamento per gli infortuni degli operai, fu modificato con il R. Decreto 2 ottobre 1921, n. 1366. Con le lire 5 si paga solo il certificato, escluse le prime ed immediate cure. Per le prime ed immediate cure non è dalla legge stabilita alcuna tariffa. Il Consiglio comunale può scegliere uno qualunque dei graduati ma è discutibile se debba preferire il primo come, in più rincontri, per questa ed anche per altre simili cause, ha ammesso la giurisprudenza. Se ella è contribuente nel Comune, ha il diritto di ottenere copia della deliberazione di nomina del medico condotto, previo il pagamento dei rispettivi diritti. Lo stesso dicasi per il certificato attestante l'esito del concorso.

(9374) *Servizio interinale - Pensione.* — Dott. C. Z. da C. — Ai termini dell'articolo 57 del Regolamento 7 gennaio 1917, n. 295, debbono essere prodotti non i certificati dei servizii fatti; ma gli atti originali di nomina, di aspettativa e di licenziamento. Non si possono riscattare gli anni di servizio interinale, ma, però, di essi è tenuto conto per abbreviare il periodo di tempo necessario per la liquidazione della pensione.

(9375) *Obblighi professionali del chirurgo condotto.* — Dott. T. M. da F. — Il chirurgo condotto a cura piena ha obbligo di prestare la sua opera in tutti i casi, in cui sia richiesta e non solamente in quelli di urgenza ed in ambulatorio.

(9376) *Caro-viveri.* — Dott. F. A. da P. — Il D. L. 9 marzo 1919, relativo al caro-viveri, si applica anche a tutti i medici interini nominati dopo la sua pubblicazione e per conseguenza, anche costoro hanno diritto alla indennità, ancorchè non si faccia parola di essa nell'atto di nomina. Se il Consiglio Comunale intendeva cumulare nello stipendio di lire 750 anche la indennità caro-viveri lo avrebbe dovuto dire. Nel silenzio non è compresa. La seconda indennità caro-viveri non è obbligatoria. Ella avrebbe diritto solo alla 1ª dal giorno della sua nomina. La questione avrebbe dovuto essere risolta dalla G. P. A., che non avrebbe dovuto dichiararsi incompetente, giacchè, in base alle vigenti norme, dal Ministero a dette Giunte è data facoltà di disporre la concessione della indennità caro-viveri in casi di rifiuto da parte delle Amministrazioni comunali.

(9378) *Ricchezza mobile.* — Dott. F. da M. S. G. — Anche il medico interino deve pagare la Ricchezza mobile sul suo stipendio.

(9379) *Ufficiale sanitario - Veterinario municipale.* — Dott. V. S. da T. — In caso di assenza o di mancanza del Veterinario municipale la visita delle carni e la direzione del macello deve essere affidato all'ufficiale sanitario e non al locale farmacista, come è tassativamente prescritto dallo art. 8 del Regolamento 3 agosto 1888 sulla vigilanza igienica degli alimenti.

(9380) *Stipendio ed accessorii.* — Dott. V. V. da C. — Le indennità accessorie non debbono forzosamente sorgere quando sorge lo stipendio e finire quando finisce lo stipendio stesso. Esse sorgono, quando debbono sorgere, con separati e speciali atti deliberativi del Consiglio comunale; però, appena istituite e messe in movimento, seguono la medesima sorte dello stipendio, col quale formano un tutto uno inscindibile. Questa conseguenza si evince dalla natura stessa delle competenze accessorie, che, istituite, diventano diritti acquisiti inviola-

(9381) *Istituzione di una nuova condotta.* — Dott. G. D. P. da M. — Il Consiglio comunale a norma del disposto dell'art. 22 del Regolamento generale sanitario, ha sempre facoltà di variare il numero delle condotte per metterle in condizione di soddisfare pienamente le esigenze sanitarie della popolazione. Contro le decisioni del Consiglio, il medico non può opporre il danno che gli deriva all'esercizio professionale in quanto che l'istituzione della 3ª condotta, sarebbe richiesta nell'interesse pubblico e collettivo, che deve prevalere di fronte all'interesse privato. Solo pagando tasse nel Comune potrebbe, come semplice privato, fare un reclamo alla G. P. A., dimostrando, se è possibile, che il Comune non si trova in condizioni finanziarie tali da poter sostenere l'onere conseguente alla istituzione, che ha dovuto eccedere il limite della sovraimposta e che le condotte debbono essere oramai pei soli poveri, esclusi assolutamente gli agiati.

(9382) *Congedo breve per famiglia.* — Dott. V. R. da M. — Per la grave infermità di una persona di famiglia, si concedono d'ordinario pochi giorni di congedo al medico condotto, senza tenerne conto o conglobarli nel periodo di congedo ordinario. Il congedo non usufruito in un anno, non è riportabile all'anno seguente.

(9383) *Pensione.* — Dott. A. A. da F. — Gli anni di servizio già fatti non si possono più riscattare. Solo si potrebbe tentare la iscrizione come medico anziano, pagando i contributi proprii e quelli degli enti, con i relativi interessi composti e quote mutue — cioè, una somma che si aggira intorno alle 5 mila lire — si deve rimanere inscritti alla cassa almeno dieci anni e sono computati tanti anni di servizio precedentemente fatti, quanti ne occorrono per formare un quindicennio prima della effettiva inscrizione.

(9384) *Cause di morte - Indennità caro-viveri.* — Dott. A. G. da T. — Anche ammesso che la denunzia delle cause di morte sia un obbligo imposto dalla legge per un fine di pubblico interesse, resta pur sempre assodato che la dichiarazione, come che di indole tecnica, non può essere fatto dalla famiglia ma da un medico, che può essere o il medico curante od altro estraneo. Nell'un caso e nell'altro si tratta sempre di una visita, e tale visita deve essere pagata, tranne che l'individuo o la famiglia di lui, non sia inscritto nello elenco dei poveri. In quanto alla indennità caro-viveri, ella ha diritto a due supplementi, perchè, essendo vedovo, va sottoposto al trattamento stabilito dal capoverso dell'art. 3 del D. L. del 14 settembre 1918, n. 1314. Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARDENNO (*Sondrio*). — 2° Riparto con residenza Masino. A tutto il 10 maggio. Stipendio base sino a 500 poveri L. 5250 elevabili a 6000 dopo il biennio di prova: indennità trasferta L. 900; mezzo trasporto L. 2000; due c.-v.; condizioni di servizio secondo capitolato schema concordato tra medici e comuni della Provincia.

BARI. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario dei comuni di Bari e di Bisceglie e dei mandamenti di Capurso, Canneto e Grumo Appula. L'eletto per i comuni di Bari e Bisceglie sarà pure, con l'approvazione del Prefetto, capo dell'Ufficio igienico sanitario comunale; l'eletto ai Consorzi mandamentali suddetti, sarà pure capo dell'Ufficio sanitario mandamentale d'igiene e sanità e delle singole sezioni dei comuni associati. Titoli ed esami. Documenti alla Prefettura non più tardi delle ore 12 del 30 giugno. Per chiarimenti rivolgersi agli Uffici della Prefettura.

BERGAMO. *Istituto Rachitici.* — Medico-chirurgo primario; L. 3600 nette di R. M. e 50 % sull'importo atti operativi ai ricoverati paganti agiati; biennio; 5 conferme quinquennali non oltre 60 anni. La nomina è di esclusiva competenza del Consiglio d'Ammin. previo giudizio di apposita Commiss. tecnica. Docum. al Consiglio (via Mazzini, 3) non oltre le ore 15 del 14 mag. Titoli in ortopedia. Servizio entro un mese.

CASALOLDO (*Mantova*). — Proroga a tutto il 15 mag. Età lim. 45. Circa 2000 ab. Serv. entro 15 g. L. 9000 e c.-v.

FASANO (*Bari*). — A tutto 15 maggio, poveri frazioni, L. 1700; in corso approvazione aumento lire 4000 con 4 quadrienni di lire 800 e quattro di lire 600, oltre due c.-v. e indenn. cavalc. L. 1500.

GUARDEA (*Perugia*). — Al 20 mag.; L. 6000, doppio c.-v., L. 200 per uff. san. Situaz. di famiglia. Serv. entro 10 giorni.

PALAZZOLO (*Siracusa*). — Scad. 15 maggio. L. 5500 e 5 quadr. di L. 500 p. 1500 pov., L. 100 ogni gruppo di 50 pov. in più fino a 2000.

PORDENONE. *Ospedale Civile.* — A tutto il 15 mag., medico capo reparto Medicina; L. 7000 e assegni temporanei c.-v. Età massima 45. Quattro anni in clinica od ospedale civile. Saranno esclusi dal concorso e decadranno eventualmente dalla nomina i sanitari con vincoli di parentela fino al 4° grado con i sanitari e impiegati stabili del Pio Luogo. Serv. entro un mese.

S. ANATOLIA DI NARCO (*Perugia*). — Consorzio con Scheggino; a tutto il 15 maggio; L. 8000 e c.-v. per 1000 pov., L. 2000 resid. disag., eventuale indenn. resid. povera; tre quinq. decimo. Ab. 2000. Serv. entro 15 g.

S. VENANZIO (*Perugia*). — A tutto 10 mag., 1ª cond.; L. 6000 p. pov. e semi abbienti, c.-v., lire 3000 cav., L. 1500 disag. resid.; assicurazione. Servizio entro 20 giorni.

Diffide e boicottaggi.

La Sezione di Reggio Em. dei M. C. cancella il blocco della provincia, mantiene la diffida per Ligonchio ed il boicottaggio per il dott. Remo Montessori.

Nuove diffide: Fontanetto di Agogna (Novara).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con Decreto 22 marzo 1922, il Ministro della Guerra ha conferita la Croce al merito di guerra alla « Sanità pubblica », « quale pubblico e doveroso segno di riconoscimento delle insigni benemerenze acquistate da tale ente nell'adempimento della sua alta funzione umanitaria nella lotta contro le malattie infettive presso l'esercito operante e, specialmente, nella lotta contro il colera fra le truppe in prima linea negli anni 1915-1916 ».

Il prof. Oskar Bruns è stato chiamato a dirigere la Policlinica di Gottinga quale successore di J. Schreiber.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: dott. Guido Liebmann, Trieste; dott. Matteo Napoli, Partanna (Palermo); prof. Vincenzo Vitone e prof. Roberto Cimmino, Napoli.

Cavalieri: dott. Carlo Calvanese, Torre del Greco (Napoli).

Il prof. Alfredo Chistoni, della R. Università di Napoli, è stato insignito della croce di Cavaliere della Corona d'Italia, su proposta del Ministro della Guerra, per l'opera prestata durante la guerra italo-austriaca nei servizi sanitari al fronte.

NOTIZIE DIVERSE.

Lotta antimalarica in Sardegna.

Ad iniziativa del Direttore generale della Sanità, e sotto la sua presidenza, hanno avuto luogo presso il Ministero dell'Interno alcune adunanze di tecnici particolarmente competenti, a conoscenza del problema malarico della Sardegna; allo scopo di avvisare ai mezzi più opportuni per imprimere maggior impulso alla lotta contro la malaria in quella regione, che ne è la più duramente colpita in Italia.

La discussione portò a concludere che l'attuazione di una completa e più efficace lotta antimalarica in Sardegna a sviluppo e ad integrazione delle opere che da tempo la Direzione Generale della Sanità vi ha promosso, costituisce uno dei problemi sanitari degni del maggior interessamento dello Stato. Riconosciuti i vantaggi ottenuti dai provvedimenti finora adottati, fu ravvisato opportuno intensificarne l'indirizzo con una serie di provvedimenti organici, che comprendono gli accertamenti diagnostici, la vigilanza compiuta con personale specializzato, i servizi integrativi delle condotte mediche (nuove condotte, ambulatorî, ecc.), il perfezionamento dell'assistenza ospedaliera (reparti specializzati, ecc.), mezzi di risanamento dell'ambiente, corsi speciali, ecc., e l'assegnazione dei mezzi economici occorrenti.

Radioterapia della malaria.

La Commissione costituita presso il Ministero dell'Interno, presieduta dal sen. Grassi, per accertare il valore e la pratica utilità della radioterapia della malaria, dopo avere discusso in una prima riunione l'argomento, ha stabilito di: 1° raccogliere la documentazione edita ed inedita sulla radioterapia della malaria; 2° procedere a qualche verifica in posti dove sia stato applicato il metodo; 3° eseguire degli esperimenti in una Clinica, previa esatta conoscenza del metodo.

Corso di perfezionamento in Idrologia, Radiologia e Terapia fisica.

Si è chiuso testè a Napoli, ed hanno ottenuto il relativo diploma, in seguito ad esame, 17 medici. Prossimamente sarà tenuta una seconda seduta di esami per gli allievi che non poterono presentarsi alla prima.

È intenzione della Direzione della Scuola di aderire alla richiesta di molti studiosi, tenendo anche nel venturo anno scolastico il medesimo Corso di insegnamento.

Onoranze a Edoardo Perroncito.

Vengono organizzate da un Comitato promotore presieduto dal prof. Ferruccio Faelli.

In Edoardo Perroncito si vuole onorare chi ha dimostrato per primo la natura parassitaria dell'anemia dei minatori — che colpiva inesorabilmente gli operai della galleria del Gottardo — contribuendo così a salvare da sicura morte, inconscie e numerose vittime del lavoro; si vuol onorare chi ha compiuto importanti studî sui parassiti dell'uomo e degli animali e sui morbi infettivi

ed infestivi, studî che lo hanno reso celebre nell'ambiente scientifico mondiale.

Ora giunto, per disposizioni legislative, al limite della sua carriera di insegnante, è doveroso che tutti coloro che lo hanno conosciuto ed apprezzato si uniscano per attestargli la loro ammirazione, la loro gratitudine per quanto ha operato come scienziato e come insegnante.

Per le adesioni e le sottoscrizioni rivolgersi impersonalmente al Comitato, via Nizza, 52, Torino.

In onore di due generali medici.

Il *Giornale di Medicina Militare* dà notizia che si è svolta presso la Direzione Centrale del Servizio Sanitario militare una modesta ma simpatica cerimonia per la consegna al generale medico prof. E. Trombetta e al brig. generale medico prof. S. Santucci di un'artistica pergamena e di una medaglia d'oro, che il Corpo Sanitario Militare, con unanime consenso, ha loro voluto offrire in testimonianza delle loro riconosciute benemerenze verso la istituzione.

La consegna venne fatta dal generale medico Della Valle, che pronunziò acconce parole sul significato della cerimonia, la quale oltre a costituire una manifestazione di stima e di simpatia verso i due festeggiati, voleva anche essere un'affermazione di collegialità e di concordia del corpo sanitario militare. Tra unanimi affermazioni risposero i festeggiati.

Onoranze al dott. Oliaro.

Il giorno 11 corrente le Sezioni dei medici condotti delle provincie del Piemonte, Alessandria, Cuneo e Torino, vollero dare un attestato di stima e di affetto al vice-presidente generale della Associazione nazionale dei medici condotti, dott. Guglielmo Oliaro.

Una artistica pergamena, contenente i nomi di circa cinquecento aderenti, ed una grande medaglia d'oro con affettuosa dedica, gli furono in tale circostanza presentate, a nome di tutti, dal dott. Appiotti che era stato il promotore delle onoranze.

Queste furono grandiose per quanto contenute in un carattere assolutamente intimo, presenti medici condotti accorsi da tutte le provincie suddette; tra essi numerosi veterani della Associazione.

Numerosi telegrammi e lettere di colleghi impediti dalle difficili comunicazioni.

Omaggio a Ramon y Cajal.

Un Comitato nazionale spagnuolo a larghissima base ha promosso la fondazione di un Istituto Nazionale Cajal e di un premio internazionale Cajal per investigazioni biologiche e la pubblicazione delle opere complete del sommo scienziato e pensatore.

Associazione Italiana d'Idrologia. Sezione Meridionale.

Si è tenuta recentemente, con grande concorso di soci, l'assemblea generale del Comitato dell'Italia Meridionale dell'Associazione Medica Italiana di idrologia, climatologia e terapia fisica. Il presidente, on. prof. Francesco Paolo Sgobbo, pronunziò un elevato ed applaudito discorso facendo la relazione dell'attività svolta nello scorso anno, che culminò nel riuscitissimo Congresso Nazionale di Castellammare di Stabia. Il dott. comm. Emilio Di Tommasi fece la relazione finanziaria riscuotendo il vivo plauso dell'assemblea.

Procedutosi poi alla elezione delle cariche per il biennio 1922-1923, risultarono eletti ad unanimità di voti: prof. Francesco Paolo Sgobbo, presidente; prof. Orazio Caro e prof. Pio Marfori, vicepresidenti; dott. Emilio Di Tommasi, consigliere-tesoriere; dott. Alberto Botti, consigliere-segretario; prof. Giovanni Castronuovo, prof. Andrea Ferrannini, dott. Vitovincenzo Loscalzo e dottor Pasquale Muscogiuri, consiglieri.

Fu infine votato unanimemente il seguente ordine del giorno, beneaugurante all'avvenire della stazione idroclimatica di Castellammare di Stabia:

«L'assemblea generale del Comitato Meridionale dell'Associazione Medica Italiana di idrologia, climatologia e terapia fisica, udite le comunicazioni della Presidenza, constatato il pieno successo del Congresso tenuto in Castellammare di Stabia nello scorso anno, esprime il suo vivo plauso a quanti se ne resero promotori, e principalmente all'Ufficio di Presidenza e di Segreteria del Comitato, che efficacemente coadiuvati dal delegato del Consiglio generale, prof. Caro, e dal Comitato locale compirono opera perfetta di organizzazione e al dott. Muscogiuri che fu il primo a volere che il Congresso fosse e riuscisse degna e feconda affermazione delle immancabili grandezze avvenire di Castellammare; invia il suo augurale saluto alla Città di Castellammare ed all'Associazione «Pro Stabia Nuova» sorta per favorirne il rapido incremento; e fa voti che le competenti Autorità, nel dare sollecita attuazione al programma che risultò dai lavori e ordini del giorno del Congresso, tengano conto dei geniali, diligenti e lunghi studi del dott. Muscogiuri, Ufficiale sanitario di Castellammare, e diano la precedenza alle opere igieniche, prime tra le quali la fognatura della città e la sempre maggiore valorizzazione della zona idro-minerale».

Lascito cospicuo.

La Corte d'Appello di Lucca, confermando una sentenza del Tribunale di Pisa, ha assegnato la eredità del conte Lodovico Rosselmini Gualandi, valutata in sei milioni, alla Piccola Cassa della Divina Provvidenza di Torino, detta «il Cottolengo», perchè istituisca a Pisa un Ospedale e a Scarlino un asilo d'infanzia. Il testamento del defunto, confermato alla morte della vedova, era stato impugnato dal nipote conte Giuseppe Giuli.

Donazioni Rockefeller per l'incremento di studi medici.

La «Chicago Tribune» pubblica che Mr. John Rockefeller figlio ha donato 45 milioni di dollari — al cambio attuale quasi 970 milioni di lire italiane — per incoraggiare ed aiutare l'insegnamento medico.

***

La Rockefeller Found ha offerto al governo inglese la somma di circa 40 milioni di lire it. (2 mi-

lioni di dollari) per fondare un grande Istituto di igiene, a condizione che il governo inglese ne stanzi i fondi per il funzionamento. La proposta è stata accettata.

Si organizzeranno reparti di fisiologia e biochimica applicata, immunologia, batteriologia, zoologia medica, patologia tropicale, epidemiologia, statistica, amministrazione sanitaria.

Un legato di Ranvier.

Il prof. Louis Anton Ranvier, il celebre istologo del Collegio di Francia, morto recentemente, ha legato una parte della sua fortuna alla città di Roanne, per la costruzione di un sanatorio antitubercolare.

La Casa dei medici a Parigi.

L'Associazione generale dei medici di Francia (Parigi VIII, rue de Surène, 5) ha convocato i soci ad una conferenza, che ha avuto luogo nel grande anfiteatro della Facoltà di Medicina di Parigi, per lo studio e la discussione di un progetto per la creazione di una Casa dei medici, analoga a quelle che esistono negli Stati Uniti e altrove. La Casa dei medici dovrebbe costituire un centro di riunione e d'informazioni, la sede sociale del massimo numero di società mediche, ecc. Lo stato della questione fu esposto dal segretario generale dell'A. G., dott. Levassort.

Due grammi di radio a Londra.

Sono pervenuti a Londra dalle miniere di Joachimsthal (Czeco-Slovacchia). Il prezioso materiale è stato preso in consegna dai laboratorii di Oxford e sarà utilizzato a scopi scientifici e terapeutici.

Un Istituto del radio a Praga.

La Czecoslovacchia possiede le miniere di Joachimov, che sono tra le più ricche in radio; profittando di questa combinazione, il governo ha impiantato un Istituto per lo studio e la applicazione delle sostanze radioattive nell'ospedale Vinohrady. L'Istituto è in possesso di grammi 3,3 di radio: è quindi sotto questo riguardo il secondo nel mondo. Lo dirige li dott. Tomanek.

Antifemminismo inglese.

I giornali politici recano che la Scuola di medicina annessa al London Hospital ha deciso di non ammettere più studentesse. La ragione sarebbe che si è trovato impossibile affrontare certi argomenti scientifici molto scabrosi dinanzi ad un uditorio misto, perchè bisogna usare un linguaggio velato, il che va a tutto scapito della chiarezza. Inoltre certi pazienti sollevano difficoltà ad essere curati, per certe malattie, dalle donne e ad essere operati da donne. L'ammissione delle donne al London Hospital era avvenuta durante la guerra a titolo di esperimento.

È morto a Pisa il prof. Giuseppe Mazza, di anni 64, direttore della clinica dermosifilopatica e preside della facoltà di medicina in quella Università. Ne daremo più ampia notizia nel prossimo fascicolo.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 8 Maggio 1922 Fasc. 19

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

CONFERENZE.

La terapia proteinica (aspecifica) nella pratica e nella teoria

per il prof. SERAFINO BELFANTI
direttore dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

I.

Le malattie infettive furono da noi considerate, fino a questi ultimi tempi, come segni di una lotta tra l'uomo ed il microorganismo, tra l'animale e quell'antigene che naturalmente od artificialmente è stato introdotto nei suoi tessuti. *L'azione* e *la reazione* che ne consegue furono riguardate come fatti specifici, sia per il modo di rispondere dell'organismo invaso, sia per le affinità particolari che ogni antigene presenta per gli organi. Infatti, molte malattie hanno caratteristiche proprie ed una sintomatologia speciale mercè la quale il medico da queste peculiari impronte morbose risale spesso alla rispettiva causa e ciò tanto più facilmente quando esistono delle localizzazioni determinate, come accade nel tifo, nella meningite, nella dissenteria, ecc., che indicano appunto l'elettività dell'agente verso speciali tessuti.

Gli studi immunologici che si sono susseguiti negli ultimi trent'anni hanno corroborata e rinsaldata questa concezione specifica delle malattie infettive. Le esperienze di laboratorio hanno dimostrato, infatti, che l'antigene introdotto per la via parenterale (talvolta anche per bocca) provoca la formazione di anticorpi specifici, i quali, mercè la loro peculiare struttura, messi a contatto reagiscono soltanto tra loro (agglutinina del tifo col solo bacillo tifico, precipitina del carbonchio col solo bacillo del carbonchio e così via). Questa legge biologica generale che è strettissima per certe tossine batteriche (tossina difterica e siero antidifterico, tossina tetanica e siero antitetanico) può subire dei piccoli strappi. L'affinità tra antigene ed anticorpo in questi casi non è più ristretta alla specie, ma si allarga al gruppo cui la specie appartiene, poichè il gruppo contiene in sè elementi comuni, come sarebbero ad es. le agglutinine dei vibroni che possono dare reazioni comuni su varie specie di essi e però non strettissimamente specifiche.

Queste norme fondamentali della immuno-

logia dovevano di necessità condurre a quella terapia strettamente specifica mercè la quale noi abbiamo felicemente combattuto, per un periodo non breve, molte malattie infettive, indirizzandoci ai sieri preparati rispettivamente contro i singoli agenti patogeni ed accettando con un certo scetticismo quei risultati, anche buoni, ottenuti da taluni che vollero usare nella cura di qualche infezione sieri non corrispondenti al germe causale.

L'uso di sieri non specifici nel trattamento di alcune forme morbose, ad es. della polmonite, non è di data recente. In Italia il primo che adoperò con successo il siero antidifterico in questa malattia fu il Cantù che ne fece oggetto di relazione e discussione al Congresso di Medicina Interna a Roma nel 1896; anzi egli non si accontentò di esperire tale siero con successo nella polmonite ma lo usò efficacemente anche nella tubercolosi, con poco risultato invece nell'ileotifo, nell'erisipela, nel reumatismo articolare. Già da allora egli aveva notato il fatto saliente di queste iniezioni, cioè la iperleucocitosi e la maggior resistenza dell'organismo. Altri autori hanno seguito il Cantù per questa strada, ma i tentativi restarono isolati e furono considerati più come singolarità, come eccezioni inspiegabili, che come azioni vere e proprie staccantisi dalla legge della specificità.

Il dogma che l'agente causale poteva essere e doveva essere combattuto mediante il suo anticorpo o siero specifico rimase tale anche quando per la terapia antistreptoccica si venne a conoscere che i rispettivi sieri erano attivi soltanto verso lo streptococco informatore del siero stesso e non verso quello del quale l'ammalato soffriva. I buoni risultati che con tali sieri si ottenevano e si ottengono, nonostante la mancanza di una stretta omologia, venivano spiegati considerandoli come *paraspecifici*, ritenendo cioè che in essi vi fosse qualche cosa di proprio, di *peculiare agli streptococchi in genere*, che poteva spiegare una comunanza di origine e quindi di specificità. Così dicasi anche dei sieri contro il vibrione del colera.

A lato, quindi, alla terapia omologa noi siamo venuti adottando una sieroterapia *paraspecifica* per giungere oggi ad una terapia che in base ai postulati della immunologia dobbiamo considerare come *eterogenea alla causa*.

La nostra conoscenza ormai vasta sull'uso dei sieri eterologhi, e quindi non specifici, nel trattamento delle malattie, ci dimostra come anche la terapia cosidetta paraspecifica non sia stata mai tale, perchè la supposta relazione ed affinità di gruppo tra siero usato e causa morbosa è più apparente che reale, come vedremo, e in fondo anch'essa va considerata come una terapia aspecifica, terapia la quale, come indica il nome, *ottiene i suoi effetti per altri valori che non siano i rapporti di specificità.*

La sieroterapia eterologa od aspecifica nel rispetto del microorganismo infettante fu applicata già a svariatissime forme febbrili, non limitantesi soltanto alle forme provocate dai bacteri, ma estendentesi anche alle intossicazioni vere e proprie, come la difterite. Così il Bingel e il Weitz hanno curato dei difterici con siero normale e siero antipneumonico di cavallo (casi 466), non riuscendo a constatare una differenza notevole tra i risultati avuti da questo trattamento e quelli ottenuti col siero specifico della difterite (casi 471).

I sostenitori della specificità d'azione potrebbero in questo caso rammentare che il siero di cavallo normale contiene naturalmente delle unità antitossiche verso la tossina difterica; si potrebbe aver avuta quindi una vera neutralizzazione specifica del veleno secreto dal bacillo difterico, senza bisogno di ricorrere all'azione di sostanze aspecifiche.

Volendo restare entro i limiti della praticità bisogna convenire che la terapia eterologa nella difterite sarebbe per lo meno inopportuna, come sarebbe inopportuno in una ferita complicata con timore d'infezione tetanica, un trattamento profilattico con siero che non fosse l'antitetanico. Non vogliamo negare che un siero eterologo possa talvolta giovare; ma, per quanto è acquisito alla scienza ed all'esperienza sull'intossicazione difterica, oggi la coscienza ci impone che tra due sieri, l'uno specifico l'altro aspecifico, si scelga il siero antidifterico specifico e non il siero normale.

Forse l'azione combinata di due sieri, omologo ed eterologo, può essere utile in certe gravissime infezioni od epidemie a carattere diffusivo ed a *genio epidemico* di gravità eccezionale, dovute al sommarsi di altra infezione con quella difterica.

Nelle infezioni batteriche a forma localizzata ed anche nelle setticemie la sieroterapia aspecifica ha dato dei risultati che non si possono disconoscere e che in molti casi sono uguali a quelli ottenuti con la terapia specifica.

Noi abbiamo già accennato all'uso del siero antidifterico nella polmonite franca da pneumococco. Conosciamo tutti il largo uso fatto tanto del siero antipneumonico, quanto del siero antistreptococcico, del siero antipe-

stoso o del siero normale nelle broncopolmoniti da quell'agente ignoto o da quel cumulo di agenti infettanti riscontrati nell'ultima pandemia influenzale. Il ginecologo ed il chirurgo sanno quali ottimi effetti si possono ottenere con le iniezioni di siero normale di cavallo nelle forme febbrili postoperatorie da agente sconosciuto, o nelle tossicosi gravidiche. Così non è ignoto allo specialista delle malattie veneree che i malati di complicazioni blenorragiche possono sentire benefici che arrivano alla guarigione, non soltanto dal siero antigonococcico specifico, ma anche da altri sieri eterologhi, per cui noi osserviamo *uno strano avvicinarsi o sovrapporsi di buoni effetti terapeutici dai più disparati sieri nelle più disparate forme di malattie, senza ricorrere ad anticorpi specifici.*

Questa comunanza di effetti derivanti in una stessa malattia dall'azione di un siero omologo od eterologo sull'agente causale è ciò che di più colpisce lo studioso il quale, ligio ai concetti immunitari, si affanna a trovare le correlazioni che gli diano la chiave del problema e ad indagare come e perchè siasi giunti a queste nuove concezioni terapeutiche che apparentemente sono in istridente contrasto con le concezioni di specificità.

Se volessimo indagare sui fatti e sui numerosi esempi che ci forniscono le prove cliniche istituite, durante la guerra mondiale, nella cura di alcune malattie infettive, noi ci accorgeremmo che alla terapia aspecifica si giunse non per visione teorica, ma per tentativi che la scarsità dei mezzi specifici e la vastità dei bisogni avevano suggeriti, facendo adoperare mezzi ad azione creduta paraspecifica. Forse quì, ad onor del vero, dovremmo fare un'eccezione a ciò che andiamo dicendo per gli studi del Centanni, che fin dal 1893 aveva indirizzate le sue ricerche alla produzione di un unico rimedio profilattico e curativo per tutte le infezioni e che aveva creduto trovarlo nella stomosina, sostanza non proteica, d'origine esclusivamente batterica.

Un classico esempio di confronto tra un risultato specifico ed uno aspecifico ci è dato dal siero anticarbonchioso, la cui azione lo Sclavo nostro ha messo in luce molti anni or sono, ed il siero normale di bue, che il Kraus ha da poco fatto applicare su scala abbastanza larga nell'Argentina nella cura della pustola carbonchiosa.

Noi non possiamo affermare con sicurezza che il siero eterologo valga nel carbonchio il vecchio siero omologo: di questo conosciamo tutto il valore, che una larga pratica, una statistica numerosa e ben studiata ha affermato negli annali della medicina; di quello sappiamo soltanto, invece, che ha una certa equivalenza con questo e che nella statistica riportata dal Kraus di pustola carbonchiosa accertata anche dal lato batteriologico non si ebbero che sei morti su 380 casi curati, dei quali due per infezione streptococcica.

Dato che questa equivalenza tra i due sieri possa avere valore nell'uomo, non è sempre detto con ciò ch'essa risponda in egual modo in tutti i casi; così nell'animale bovino, dove la setticemia carbonchiosa è più elettiva, noi osserviamo infatti che nè il siero normale di bue, nè quello dello stesso animale quando anche è guarito dall'infezione, salva alla dose del siero specifico l'animale infetto. L'incapacità del siero normale di bue e di cavallo a guarire il carbonchio degli animali fu messo in grande evidenza, contro il Kraus, da Hutyra e Manninger, da Stazzi, Dessy, ecc.

La rispondenza degli effetti dei due sieri nell'uomo si constata nella sintomatologia che sussegue l'iniezione dell'uno e dell'altro siero. Noi conosciamo infatti che in seguito all'iniezione endovenosa di quello specifico avvengono nel malato di pustola maligna dei fenomeni costanti che si possono riassumere così: dopo un quarto d'ora o mezz'ora (questo tempo di latenza può variare a seconda dell'individuo, la quantità di siero introdotta e la via d'introduzione) dalla iniezione di 40 a 60 cmc. di siero nelle vene, si nota brivido intenso cui sussegue (fenomeno di Sclavo) innalzamento della temperatura di un grado, un grado e mezzo ed anche più, e dopo qualche ora una caduta rapida come di risoluzione per crisi, più raramente una caduta della febbre per lisi.

A questi fenomeni generali che riguardano la temperatura, si accompagnano sintomi di alterata crasi sanguigna e cioè lo stabilirsi rapido di una leucopenia cui sussegue una iperleucocitosi più duratura.

Un tempo il fenomeno dello Sclavo veniva interpretato come un fatto tossico dovuto alla rapida dissoluzione del bacillo del carbonchio sotto l'azione del siero specifico, con la susseguente liberazione nel circolo sanguigno della endotossina carbonchiosa, liberazione che avviene con lo stesso meccanismo con cui si effettua la messa in libertà della endotossina tifica sotto l'azione della batteriolisi provocata dal siero antitifico.

L'iniezione del siero di bue induce nel malato di pustola maligna, almeno in apparenza, la stessa fenomenologia, sia nei rispetti della

febbre che della crasi sanguigna, quale otteniamo col siero specifico.

Che questa coincidenza di effetti non sia fortuita è ormai largamente dimostrato dal responso che si ripete costantemente nelle numerosissime prove sull'uomo ed anche sull'animale, quando si iniettano dosi terapeutiche di un siero specifico o non specifico, in svariate malattie febbrili.

All'azione terapeutica dei sieri va di pari passo quella inaugurata fin dal 1919 dal Lüdke nella cura del tifo con soluzioni di deuteroalbumosi, che non sono più albumine native quali abbiamo ad esempio nel siero di sangue, ma sono albuminoidi che hanno già subito un principio di digestione, sono state idrolizzate e sono quindi molecole meno complesse.

Il Nolf e la sua scuola sono andati più oltre ed hanno proposto una terapia del tifo a base di peptone, di un prodotto proteico, cioè, maggiormente disintegrato nella idrolisi o digestione che non l'albumosi e che quindi rappresenta un prodotto ancor più semplice della deuteroalbumosi di Lüdke. Noi sappiamo che i peptoni del commercio, quindi anche quello di Witte, di Armour ed altri proposti per questa terapia, sono un miscuglio di albumine più o meno modificate. Possiamo però ritenere che i benefici effetti che si sono ottenuti e si ottengono con essi siano da attribuirsi più alle albumosi che non ai veri peptoni dializzabili, tanto più che quando la disgregazione della molecola albuminoidea è avanzata fino al grado degli aminoacidi si constatano minori effetti terapeutici i quali possono anche del tutto mancare, mentre massima è l'azione benefica con le soluzioni di albumine native come sarebbero quelle contenute nei sieri.

Il Nolf nella setticemia per ferite di guerra ottenne ottimi risultati con l'iniezione di soluzioni di peptone al 10 % ed alla dose di 5 cmc. endovena. L'effetto terapeutico fu ottenuto con dosi che non sorpassarono nel trattamento della setticemia i 15 cmc. Il concetto teorico sul quale l'A. basò la peptono-terapia in confronto ad altri albuminoidi, è ch'essa *non prepara l'organismo iniettato alla successiva anafilassi*. Nella cura del tifo invece, il Nolf, Valagussa, ecc. si attengono alla soluzione di peptone al 5%. Non però tutti i peptoni, per le ragioni sopradette, sono adatti allo scopo.

Se la terapia parenterale con gli albuminoidi e coi loro prodotti di digestione ha dato nelle mani di numerosi osservatori così eccellenti risultati, non era fuori di luogo il tentare di allargarne il campo introducendo nella cura delle malattie febbrili anche il latte di vacca.

La latto-terapia, preconizzata e consigliata dallo Schmidt, ha preso in Germania vastissimo piede, sia con l'uso di latte magro sterilizzato, sia con preparazioni diverse (Aolan, Caseosan) ottenute dissolvendo in mezzi adatti la caseina del latte ed eliminando così tutto ciò che vi sarebbe, secondo alcuni, di improprio nel latte (grassi, lattosio, ecc).

Tra i vari prodotti a base di albumina la caseina avrebbe indiscutibilmente dei vantaggi che la farebbero anteporre alle deuteroalbumosi ed ai peptoni, per i quali non si sa con sicurezza di quanti elementi albuminoidei si compongano ed a che punto di disgregazione questi si trovino nella soluzione. La caseina è un'albumina nativa, possiede quindi massima efficacia ed è facilmente ed esattamente dosabile; per questi motivi e per la facilità con la quale si ottiene un prodotto sterile, la proteino-terapia del latte gode la preferenza di molti.

Questo metodo, largamente usato anche in Italia nelle forme puerperali (Sestini, Bianchi), nelle forme polmonari acute (Corinaldesi, Mongussi), in venereologia (Trosarello, Cattaneo), nelle forme chirurgiche (Chiaudano), ecc. avrebbe per scopo di far scatenare quella stessa serie di fenomeni già descritti per il siero e con gli stessi benefici, qualunque sia la forma infettiva nella quale esso venga applicato.

Questi fenomeni sono più o meno violenti e rapidi a seconda della dose iniettata ed a seconda della via d'introduzione. I sintomi generali consistono in brivido, rialzo termico, nausea, mal di capo, modificazione della crasi sanguigna; come sintomi locali si notano reazioni a focolaio e cioè dolori alla regione infiammata e recrudescenza di tutti i dolori esistenti. Scomparsi che siano questi fenomeni si ha un miglioramento notevole nonchè la guarigione rapida della malattia in 24 a 36 ore (per una visione completa sulla caseinoterapia vedasi Arweiler e Kaznelson).

Alcuni hanno supposto che la buona azione terapeutica spiegata dal latte più che non agli albuminoidi suoi propri sia dovuta alle proteine batteriche di cui ogni latte è ricco per il rapido germogliare in esso di germi, dal momento della mungitura a quello della sterilizzazione. Pur non volendo negare a questi proteidi un valore coadiuvante quando si tratti di latte intero sgrassato, non si potrebbe invocarne l'azione allorquando si adoperano soluzioni di caseina precipitata e depurata.

Questa osservazione ci conduce ora a considerare il valore specifico ed aspecifico della proteina batterica nella terapia delle malattie infettive, terapia che già il Cantani aveva un tempo proposto e tentata per combattere con batteri saprofiti i patogeni (Tubercolosi) a lenta infezione.

***

La vaccinazione coi corpi dei batteri uccisi, non prese consistenza se non dopo i celebri lavori di Wright, ma anch'essa, poco sperimentata avanti la guerra e limitantesi a poche forme infettive, quali l'infezione da stafilococco, da b. melitense o da qualche altro germe, si diffuse di poi con sviluppo enorme con le vaccinazioni antitifiche, anticoleriche, antipestose per la difesa delle masse dei combattenti. Queste vaccinazioni specifiche a salvaguardia di infezioni da germi patogeni hanno largamente contribuito allo studio dei loro effetti, fornendo un materiale così ricco di osservazioni quale altrimenti non si sarebbe potuto raccogliere. Non è qui il luogo di parlare dei risultati diretti ed indiretti che da queste vaccinazioni si ottennero per la profilassi dei popoli in guerra.

Dall'applicazione di esse a scopo profilattico a quella curativa fu breve il passo. L'Ichikawa, infatti, tentò le prime cure della febbre tifoidea con emulsioni bacillari quali si usano per appunto con ottimo successo nelle vaccinazioni. Al lavoro di Ichikawa tenne dietro una congerie d'altre osservazioni sulla terapia del tifo coi rispettivi bacilli morti, le quali tutte confermarono in modo indubbio come nel maggior numero dei casi in cui è stato applicato questo trattamento, specie se iniziato non oltre il secondo settenario, ha portato ad una guarigione rapida dei pazienti (Pensuti, Bozzolo e Fanzio, Fagiuoli, Preti, Micheli e Quarelli, Valagussa, Di Cristina, ecc.).

Trattandosi di vaccinazione omologa il successo venne attribuito alla formazione attiva di anticorpi specifici (agglutinine, precipitine, batteriotropine, ecc.) che le cellule del paziente, stimolate da questi antigeni specifici morti, versavano nel torrente circolatorio distruggendo gli antigeni viventi (b. del tifo) e liberandone così l'organismo.

Questa spiegazione così consona era accettata dai più come la più naturale, quantunque molti studiosi, ricercandone il meccanismo, non avessero potuto riscontrare un aumento di tali anticorpi e li avessero, anzi, talvolta trovati diminuiti (Cattoretti, Rohonyi).

A scuoterne le basi vennero le osservazioni del Kraus che coi suoi collaboratori (Penna, Bonorino, Cuenca) potè stabilire e far convalidare anche da altri l'asserto che nella terapia della febbre tifoidea si potevano ottenere gli stessi buoni risultati oltre che col bacillo omologo all'infezione anche con l'emulsione d'un bacillo eterologo. Nel caso concreto del tifo, iniettando emulsioni del *bacillo del colon*, si avevano gli stessi risultati come adoperando emulsioni del bacillo tifico. Kraus inaugurò così una terapia paraspecifica che poteva dare benefici simili alla terapia specifica.

Gli studi del Kraus e dei suoi collaboratori, sebbene sostenuti sul bel principio dal concetto di una vaccinazione paraspecifica o di gruppo, diedero l'impulso a tentare, specialmente nel tifo, una terapia delle più eterogenee, condotta dal supposto (qui come nella terapia albuminoidea d'origine animale) che non la proteina specifica, ma la proteina considerata soltanto come tale fosse la sostanza della quale si beneficava l'organismo ammalato.

L'esperimento sull'uomo dimostrò la verità di questa concezione: proteine batteriche le più diverse e cioè emulsioni del b. del colon, dei parafiti, dei vibrioni colerigeni, del b. piocianeo, del m. prodigioso, del b. dissenterico, ecc., furono inoculate nelle forme infettive le più diverse: nel tifo, nel reumatismo articolare acuto, nel reumatismo cronico, nelle complicazioni febbrili da gonococco (artriti, epididimiti), con vantaggi non disprezzabili e spesso con guarigione rapida e completa. Quantunque non ci sia nota la composizione delle stomosine del Centanni non è difficile arguire, dalla reazione termica e sanguigna che susseguе alla loro iniezione nei malati, che l'azione terapeutica di esse è quella delle proteine batteriche o sole o associate a proteine animali.

Si è iniziata così una proteinoterapia eterologa ed aspecifica che ogni giorno va allargando il suo campo d'azione; i vaccini specifici preparati per la vaccinazione o terapia specifica si possono adoperare anche nel trattamento di malattie infettive non omologhe, iniettati sia sottocute, sia nei muscoli o nelle vene, ottenendone quei risultati più o meno rapidi, più o meno violenti che il quantitativo iniettato, la via prescelta per l'iniezione e sopratutto la *sensibilità individuale* saranno per provocare.

I fenomeni che insorgono alla iniezione sono della stessa natura di quelli segnalati nella proteinoterapia da albuminoidi d'origine animale, riproducendosi quindi lo stesso quadro, nello stesso ordine, con reazioni più o meno intense che possono andare da lievi fenomeni

locali e generali appena sensibili, fino a fenomeni imponenti di collasso che possono condurre perfino alla morte quando (e ciò specialmente con le emulsioni di proteine batteriche) si vogliono tentare dosi troppo elevate od adoperare proteine di bacteri a tossicità molto alta, come sarebbero ad es. quelle del paratifo.

Come abbiamo veduto accadere per il peptone, così anche per le proteine batteriche si tentarono prodotti meno complessi della loro sostanza cellulare primitiva, adoperando i *nucleoproteidi bacillari* preparati secondo il metodo di Lustig e Galeotti (Graziolo, Fossati) ed arrivando nei tentativi sino all'iniezione delle nucleine e dei nucleinati; anche quì però i risultati sono meno chiari e meno incoraggianti di quelli che si ottengono dall'uso delle emulsioni bacillari primitive o poco alterate nella uccisione.

Sarebbe utile affermare quale di tutti i possibili prodotti proteici sia da adoperare ed in quale dose. Tra le albumine d'origine animale il siero di cavallo, normale o immunizzato, è quello meglio tollerato dall'uomo, anche ad altissime dosi; esso può provocare però nella reiniezione a distanza i sintomi anafilattici che, pur essendo passeggeri, non sono per questo meno noiosi e talora gravi. La lattoterapia e specialmente la caseino-terapia sono ottimamente tollerate e sembrano dare, secondo alcuni, più scarsi fenomeni di anafilassi anche nelle reiniezioni, quantunque non ci sia una ragione perchè questa proteosi si diversifichi dalle altre albumine animali come sostanza preparante l'attacco anafilattico: altri, infatti, descrissero in seguito alle iniezioni una malattia da latte analoga a quella da siero.

L'*optimum* di vaccino tifico da iniettare entro le vene, capace di scatenare *l'ictus immunisatorius* e la conseguente formazione di anticorpi specifici in quantità grande e durevole, è, secondo le ricerche di Moreschi, Micheli, Cesa-Bianchi, ecc., quella che contiene 1/1000 di ansa normale (2 mgr.) in un cmc. di soluzione fisiologica. Tale dose minima, capace dei maggiori effetti specifici, sale nella terapia del tifo con vaccino colerico alla dose di 1/15°-1/10° d'ansa (Micheli).

Per i vaccini eterologhi (dice il Micheli) *la dose iniziale può essere rappresentata, nella pratica della vaccinoterapia endovenosa delle infezioni tifoidi,, dalla minima dose di vaccino capace di determinare in soggetti sani una reazione termica evidente, e per il vaccino tifico, in ragione della maggiore tolleranza dei tifosi di fronte alle endotossine specifiche, da una dose doppia.*

Il Micheli, che ha largamente sperimentato la vaccinoterapia eterologa nella febbre tifoide, propende per la emulsione di *vibrioni colerigeni* con vaccino essiccato nel vuoto e conservato in tubi chiusi alla lampada, sul tipo di quelli consigliati ed esperimentati dal Moreschi (Micheli e Quarelli).

Non seguiremo tutti gli autori che complicarono la proteinoterapia associando proteidi di varia natura ed origine tra loro: latte e peptone — peptone ed albumosi — latte e proteine batteriche — batteri ed estratti organici (stomosine). Faremo osservare soltanto con Micheli e Quarelli che talora l'associazione fa sì che le dosi tossiche di ciascun componente non si sommino ma al contrario interferiscono l'un sull'altro, con un risultato più blando di quello che si avrebbe con l'iniezione isolata di ciascun componente; si avrebbe così *una reazione* ch'essi chiamano *paradossa*. Questi vaccini composti, per la mitezza delle manifestazioni ch'essi esplicano, si prestano specialmente bene per una profilassi vaccinale collettiva.

***

Dando un rapido sguardo alle forme morbose nelle quali la terapia aspecifica proteica è stata finora adoperata noi possiamo annoverarvi il tifo, il paratifo, l'influenza, la tubercolosi, la scarlattina, l'erisipela, il morbillo e le complicazioni blenorragiche. In queste malattie furono a volta a volta saggiate le varie emulsioni proteiche, semplici e composte, con criteri individuali ai singoli studiosi; così il Nolf dà la preferenza ai peptoni, la scuola tedesca al latte ed ai suoi componenti, il Lustig ai nucleoproteidi, il Micheli al vaccino colerico, ecc.

Un'indicazione specifica per una terapia appropriata alle singole forme morbose non può essere oggi data, però la pratica dimostra che colà ove la vaccinoterapia o la proteina del latte non serve può giovare invece la terapia coi sieri o coi vaccini; la loro equivalenza dal lato pratico non è così perfetta quale la teoria lo vorrebbe.

Nelle forme articolari, ad es., sieno queste le poliartriti infettive acute, subacute o croniche, o le monoartriti d'origine tanto tubercolare che gonorroica, si può con giovamento adoperare la latto-terapia in prima linea, o, in deficienza di questa, la nucleina in soluzione al 5 %, come anche le proteine batteriche.

Una considerazione speciale va pure data a tutto il gruppo delle malattie emorragiche:

emofilia, emoglobinuria parossistica, porpora emorragica, ecc., forme nelle quali la crasi sanguigna è più o meno profondamente alterata. La proteinoterapia sia col peptone secondo il Nolf, il Valagussa, ecc., sia con sieri eterogenei (dal cavallo, coniglio, ecc), sia coll'autosieroterapia, utilizzando il siero stesso dell'ammalato (Widal) od anche sangue *in toto* (autoemoterapia), sia con sieri di animali resi anafilattici (coniglio pel cavallo, siero sierico di Dufour, Le Hello) ha dato in queste forme morbose ottimi, insperati successi.

La proteinoterapia fu tentata, oltre che per via parenterale, per via boccale (Lesué e Widal) sotto forma di peptone, nelle alterazioni emofiliache manifestantisi con epistassi o menorragie.

Noi qui sdrucciolíamo dalle vere malattie infettive, per le quali era stata iniziata la cura proteica, a quelle di natura discrasica. Sotto forma di peptone somministrato per via orale la proteinoterapia è stata ad es. recentemente proposta nel trattamento di certe sindromi ribelli d'origine digestiva, quali le orticarie, le cefalee, alcune forme asmatiche aventi tutte origine dalle cosiddette intossicazioni intestinali, che alla luce delle odierne cognizioni non sarebbero se non forme larvate di anafilassi alimentare. Il cosiddetto asma da fieno che ripeterebbe la sua origine da uno stato anafilattico in individui sensibilizzati sulla roteine vegetali (polline delle graminacee) zioni nche quegli asma dipendenti da proteine re il nali d'origine digestiva, possono esser curati o con ingestione di peptone, o con l'autosieroterapia, o con le iniezioni di latte.

Così nelle tossicosi gravidiche Mayer e Linser nel 1911 curarono un caso d'erpete delle gestanti con siero di gestante sana, nel supposto teorico che questa fosse elaboratrice di anticorpi neutralizzanti i predetti tossici. Gli effetti di tale sieroterapia, che ebbe largo impiego in Germania, furono sorprendenti, non ne riguardo alle dermatosi gravidiche ma o d ora nel trattamento di affezioni cutanee e p tra origine.

ca pietthoff provò l'autosieroterapia nella prurigine di Hebra, nell'eczema e nella psoriasi. gio alla autosieroterapia ed autoemoterapia tentata con successo dagli autori predetti (Ravaut, Wiesenack, Nicolas-Gaté e Dupasquier), noi passiamo al trattamento delle stesse malattie con latte.

L'Ambrosoli, nella Clinica del Pasini, usò di questa latto-teraypia in 31 casi di malattie della pelle, ottenendo in 20 risultati favorevoli, in 3 incerti, mentre in 8 non ebbe alcuna modificazione delle lesioni. L'Ambrosoli consiglia questo metodo terapeutico specialmente nelle dermatosi a decorso cronico, ad eziologia oscura o di difficile cura. Le iniezioni sottocutanee o intramuscolari verranno praticate di 3 in 3 giorni alla dose di 5 cmc. negli adulti e di 3 cmc. nei bambini.

Per rendere più completo il quadro dobbiamo accennare qui anche i tentativi fatti con la proteinoterapia nelle forme nervose. Il Bianchi fino dal 1896 aveva proposto la sieroterapia nella cura della frenosi; il Döllken, che che da vari anni utilizza la terapia aspecifica nelle diverse malattie da scomposizione del sistema nervoso (*Abbaukrankheiten*), si è valso a questo scopo di diverse proteine batteriche (proteine da b. piocianeo, prodigioso, streptococco, stafilococco, b. difterico, tubercolina). È bene noto e constatato come l'uso della tubercolina nella paralisi progressiva possa dare reali benefici. In circostanze peculiari ed in dati periodi la proteinoterapia batterica produsse non solo un miglioramento, ma anche la guarigione di tale forma morbosa. Nella maggioranza dei casi però essa non riesce a liberare completamente l'organismo dalle spirochete, così che il germe, dopo una o due remissioni, riprende il sopravvento.

Il D'Abundo assai prima (1899) aveva esposto i buoni risultati che con la sieroterapia si ottenevano nella paralisi progressiva. Nella tabe essa può condurre con più facilità ad esiti favorevoli. Il vaccino preparato col b. prodigioso e quello piocianeo si dimostrò in alcuni casi capace i guarire neuriti infettive conseguenti a malattie infettive. Una pronta reazione alla proteinoterapia si osserva nella corea nella quale si ottiene un subito miglioramento sui movimenti involontari; in questa malattia è maggiormente consigliabile il latte più che non le proteine batteriche.

La galatto-terapia è consigliata dal Döllken nelle emorragie cerebrali per far retrocedere le paresi secondarie e per far ricomparire i riflessi tendinei.

Quest'autore consiglia di iniziare la cura 15 giorni dopo l'*ictus*, se il paziente è in buone condizioni, facendo 20 iniezioni di latte a giorni alterni. Naturalmente rimangono immutati i fenomeni diretti, dipendenti dal focolaio, specie la paralisi con contrattura.

Il Döllken non esita a proporre la proteinoterapia parenterale anche nell'epilessia nella quale egli constata, con le iniezioni di latte, la diminuzione del numero degli attacchi e della loro gravità. In seguito alla iniezione endomuscolare di cmc. 2-5 di latte sterile gli am-

malati, dopo 4-5 ore, presentano euforia, quiete, desiderio di sonno. Le dosi esagerate (8-10 cmc.) procurano invece inquietudine e mal di capo. Quello che Döllken ha osservato e studiato nel 1918 riguardo all'epilessia già altri prima di lui avevano veduto, cioè una dipendenza tra cure batterioterapiche e diminuzione degli attacchi. Chi scrive fin dal 1890 nella Clinica del Bozzolo insieme con Pescarolo, in esperienze inedite, aveva osservato che il vaccino pneumococcico preparato col metodo di Klemperer aveva troncato per molti giorni gli attacchi convulsivi in due epilettici, attacchi che ritornarono non appena sospesa la cura.

Il Ceni in chiari e metodici lavori, cui rimandiamo il lettore, aveva dimostrato fin dal 1905 che colla sieroterapia omologa e con la autosieroterapia si poteva osservare la diminuzione delle manifestazioni epilettiche di qualunque natura fossero ed anche la scomparsa degli attacchi.

Il Cuneo or non è molto preconizzava l'uso delle soluzioni di albumosi contro gli attacchi del morbo comiziale, non come eteroterapia, ma partendo dalle risultanze di studi suoi che tendono a dimostrare che il siero di sangue degli epilettici sia tossico per albumosi libere da anormale assorbimento di queste dall'intestino.

Edgeworth in Inghilterra applicò la proteinoterapia sotto forma di soluzioni di peptone Armour in 20 casi di epilessia iniettando il preparato nelle vene ed ottenendo arresto degli attacchi in 9 casi ed una diminuzione nella loro frequenza in 6 casi.

A tutto quanto siamo venuti enumerando dobbiamo aggiungere l'impiego della proteinoterapia nella profilassi delle iniezioni, profilassi che non può avere quel valore immunitario specifico, quale noi lo riscontriamo nella sieroterapia antitetanica e antidifterica, onde impedire lo sviluppo ed il diffondersi di queste intossicazioni, oppure quale noi lo constatiamo nelle vaccinazioni specifiche contro il tifo, il colera, le infezioni pneumoniche, ecc.

Questa profilassi proteinica aspecifica fu ed è adoperata a scopo preventivo prima delle operazioni chirurgiche, al fine di mettere l'organismo in istato di difesa contro quelle infezioni che lo shock operatorio od una incidentale mobilizzazione di bacteri potrebbero accendere. A questo scopo si adoperano i vaccini streptococcici e colibacillari, facendone precedere l'iniezione alle operazioni laparatomiche, oppure iniettando sostanze leucocitarie, quali il nucleinato di sodio e l'acido nucleinico.

Nelle operazioni sull'occhio ad es. ora si consigliano le iniezioni di latte nei giorni precedenti ad iridectomie, operazioni di cataratta, enucleazioni, ecc.

La proteinoprofilassi aspecifica più che non una vera e propria immunità provoca uno stato rapido di insensibilità cellulare e protoplasmatica che viene chiamata col nome di *tachifilassi o skeptofilassi.* Questo stato di tachifilassi o protezione rapida, ben descritta dal Cesa Bianchi nelle sue ricerche sugli stati di intossicazione proteica che si ottengono con gli estratti di vari organi, non dura oltre le 24-36 ore, dopo le quali l'organismo non è più immune. Questa resistenza ricorda quella già descritta dal Carbone nello studio dell'immunità sperimentale da istone, da lui riscontrata nell'infezione pneumonica del coniglio.

***

Volendo brevemente dedurre le conseguenze pratiche che sono derivate finora dall'uso della proteinoterapia nelle malattie febbrili bisogna ricordare che i migliori ed i più rapidi risultati si ottengono con la cura endovenosa. Viene in seguito quella endomuscolare ed in ultimo la sottocutanea.

Gli esiti sono anche diversi a seconda degli individui sottoposti alla cura, potendo talvolta bastare una sola iniezione per indurre uno sfebbramento critico definitivo, immediato, oppure ottenersi una defervescenza litica in due o tre giorni; in altri casi questi esiti [illegible] lo e ottengono che dopo due e, qualche volta, [illegible] ma- tre giorni. [illegible] va-

Talvolta invece senza alcun motivo apparente (salvo che nei cachettici o negli atreptici) si ha refrattarietà assoluta alla proteinoterapia ed allora la malattia segue il suo corso, non avendosi alcuna reazione organica.

Un brusco abbassamento della temperatura non sempre segna un risultato durevole; nei casi più fortunati la febbre scompare in 18-20 ore. [illegible] che

Alcuni (Micheli, Saxl, Müller, Kon[illegible] del ler) ritengono che nel determinismo [illegible] pia curativo la reazione febbrile sia *con[illegible]* dal *qua non;* taluni anzi spingono quest[illegible] teo- to fino a ritenere che sarebbe ma[illegible] efficace in terapia quella proteina c[illegible] este più forte rialzo febbrile.

La febbre, pur essendo buon indice prognostico in sè e per sè, non è però condizione sufficiente; essa va compagna ad una serie di altri sintomi reattivi dell'organismo tra cui principale e costante la modificazione nel numero e nella qualità dei leucociti, che, per il loro

contenuto in enzimi, per il loro potere fagocitico, avrebbero importanza massima tanto da essere ritenuti fattori della guarigione.

Senza voler discutere sul valore dell'uno o dell'altro di questi sintomi, ricordiamo che nel primo tempo dopo l'iniezione (in media dopo un'ora) si ha leucopenia; nel secondo tempo (6-8 ore dopo) leucocitosi, anzi, iperleucocitosi. Più è protratto e lento a scomparire questo fenomeno e tanto migliore sarà il successo del trattamento (Cattoretti).

Alla leucopenia, alla iperleucocitosi, si accompagnano pure altri sintomi indici dello sconvolgimento rapido ed intenso che la cura proteinica produce nell'organismo iniettato e cioè: modificazioni della coagulabilità del sangue, piastrinopenia, intensificazione nella produzione ed eliminazione dei prodotti del ricambio sia dei sali che dell'azoto, ecc.

La proteinoterapia, quale siamo venuti esponendo, ci appare quasi come una medicina universale, unica come sostanza fondamentale ed in apparenza unica anche nel suo effetto sulle malattie. Come è possibile trattare con egual cura, si domanda lo studioso, malattie tanto differenti quali sono quelle che siamo venuti rapidamente enumerando? Come è possibile, egli si domanda, che l'iniezione parenterale di una proteina abbia il potere di riunire un cumulo di azioni che sembrano grottesche quali sarebbero: l'azione sugli organi ematopoietici, i disturbi gastro-intestinali, l'azione sulla diuresi, quella sui nervi, sulle articolazioni e sugli occhi; l'azione inoltre di affrettare il riassorbimento degli essudati, di provocare l'anafilassi o la cachessia, di aumentare la resistenza organica, di accrescere l'attività muscolare?

Questi fatti ci portano lontano da quei concetti logici e semplici dell'antigene e dell'anticorpo che noi eravamo abituati a considerare nell'immunità specifica, con la reciproca azione contraria che ne annullava gli effetti, da cui sgorgava come legge indiscussa la guarigione o la morte a seconda del prevalere dell'uno o dell'altro. A spiegare i nuovi fatti l'antica e pur recente concezione immunitaria specifica non è più sufficiente e noi dobbiamo in nuovi campi trovarne o almeno ricercarne le ragioni. *(Continua)*.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA
DIVISIONE CHIRURGICA III
diretta dal prof. G. VELO, primario.

Contributo alla casistica delle fratture della rotula

pel dott. GIULIO TESSIER, med. chir. assistente.

Le fratture della rotula rappresentano una grave infermità; fortunatamente però non sono molto frequenti come lo dimostrano le statistiche pubblicate dal Rossi, dal Bruns, dal Begouin e da altri i quali danno una percentuale che si aggira fra l'uno e mezzo e il due per cento di tutte le fratture.

Più facili a verificarsi nell'uomo (88 % Rossi), raggiungono il massimo di frequenza dai 20 ai 40 anni; sono veramente rare nei due estremi della vita. È noto che le fratture della rotula possono essere prodotte da un trauma apportato direttamente sull'osso quale un colpo di bastone, un calcio di cavallo, la caduta sul ginocchio; in quest'ultimo caso, a coadiuvare l'agente vulnerante, entra in azione anche la contrazione muscolare la quale, se molto violenta, è capace di determinare di per sè sola la diastasi dell'osso. Perchè questo fatto abbia luogo è però necessario ammettere una anormale fragilità della patella essendochè essa in condizioni normali è suscettibile di sostenere, senza rompersi, una trazione diretta che pel Fleuriot sarebbe di 350 Kgr. e per altri di 1200 Kgr. È da notare che non si è ancora riusciti a determinare sul cadavere una frattura trasversale della patella mediante la trazione. Come nei casi che presento, la linea di frattura è quasi sempre diretta in senso trasversale sì che si ottengono due frammenti, dei quali il superiore è spesso il più voluminoso. È stato osservato che nella maggioranza dei casi è l'estremo inferiore della rotula, cioè la sua parte non rivestita da cartilagine, quella che si distacca dal rimanente dell'osso al momento del trauma; ora questo fatto sarebbe dovuto a che nella flessione del ginocchio, che è la posizione nella quale si produce ordinariamente la frattura, la parte media della patella verrebbe a trovarsi accollata sui condili femorali mentre le altre due porzioni, la superiore e l'inferiore, rimarrebbero senza punto d'appoggio ed essendo quest'ultima la parte più debole cederebbe alla forza agente sull'osso per fletterlo.

Quando avviene il traumatismo, i frammenti rotulei superiori, per la contrazione del quadricipite, vengono portati in alto mentre gli in-

feriori per azione del tendine rotuleo discendono in basso; inoltre le fibre quadricipitali inserentisi ai lati dell'osso, continuando ad agire determineranno l'allontanamento laterale dei frammenti. Ma a spostarli coopera per lo più anche l'inevitabile versamento sanguigno endoarticolare che è spesso anzi così abbondante da imprimere agli stessi una vera rotazione su un piano trasversale in maniera che le superfici di frattura tendono a portarsi anteriormente.

Il Renz, il Raveth e l'Hutchinson attribuiscono all'emartrosi un'importanza ancor maggiore della contrazione del quadricipite nell'allontanamento dei frammenti in caso di frattura della rotula; essa ha poi insieme all'interposizione fibroperiostea tra le superfici di frattura, un'importanza capitale nell'impedire la formazione del callo osseo. È noto che in passato non si credeva affatto possibile un simile callo in tali fratture, perchè anche in quei casi fortunati nei quali, dopo l'impiego dei mezzi immobilizzanti, levando l'apparecchio, il tessuto neoformato aveva una resistenza tale da far credere ad una consolidazione ossea per l'impossibilità di poter muovere in senso opposto i frammenti, ad un esame ulteriore, fatto magari dopo qualche settimana e mese dacchè il paziente era stato dimesso dal luogo di cura, risultava che il callo era non osseo, ma solamente fibroso. Altri chirurghi per lo contrario erano invece giunti alla conclusione che il callo osseo era, non impossibile, ma solo eccezionale.

Data l'importanza della rotula nella funzione della locomozione, e data d'altra parte la frequenza con la quale, ad epoca più o meno lontana, il callo fibroso si rompe o per lo meno si allunga, menomando necessariamente la funzione dell'arto leso, essendo dimostrato che l'assenza del callo osseo deve essere ricercata nell'allontanamento dei frammenti per l'azione del quadricipite ed a causa dell'emartrosi, e dell'interposizione fibroperiostea, ma non affatto per la mancanza del lavoro osteogenetico che esiste effettivamente, com'è provato dalla frequenza e talora dalla notevole estensione degli osteofiti partenti dai frammenti, i chirurghi moderni si videro nella necessità di rigettare le vecchie vedute secondo le quali si riteneva di aver raggiunto un sufficiente risultato quando il callo fibroso non oltrepassava la lunghezza di un centimetro e mezzo o due centimetri e di cercare il mezzo che meglio si prestasse alla formazione di un callo osseo; così noi vediamo da un canto metter da parte le fasciature ed i cerotti i quali, per quanto bene sieno applicati, non danno mai l'assoluta certezza di una coattazione perfetta, nè mettono al sicuro da ulteriori possibili spostamenti di frammenti, e dall'altro sorgere in loro vece metodi del tutto nuovi.

Tra questi sistemi di cure escogitati, troviamo anzitutto gli uncini di Malgaigne, ai quali si tentò sostituire l'apparecchio di Vallette, fondato sullo stesso principio e com'essi di impiego pericoloso. Abbiamo poi gli apparecchi del Lansdale, del Cooper, del Fontan, del Beach i quali sono da rigettare pure perchè, onde avvicinare i frammenti, devono esercitare una pressione troppo energica, inoltre non sono riusciti a dare, anche in mani valenti, un numero minore di consolidazioni fibrose di quelle ottenute cogli altri metodi precedentemente in uso. I soli mezzi dai quali ci si può attendere una vera consolidazione ossea, sono quelli che immobilizzano i frammenti mediante la sutura metallica. Già il Volkmann nella seconda metà del secolo scorso aveva proposto l'applicazione per via sottocutanea e in senso trasversale di un filo il quale, passando a ridosso della rotula attraversasse il tendine del quadricipite femorale ed il legamento rotuleo. Dopo di lui il Kocher, indi il Ceci, l'Heusner, il Barker ed altri proposero un metodo proprio tutti per via sottocutanea; questi sistemi di cura non escludendo l'interposizione di lembi periostiei e data la possibile apertura dell'articolazione nell'applicazione dei punti di sutura metallici, sono attualmente abbandonati e per riunire i frammenti di una patella fratturata oggigiorno si ricorre o al cerchiasso o alla sutura fibroperiostea o alla sutura ossea.

L'accerchiamento è il metodo di cura che fu preferito nei casi VI e VII.

Si è operato così:

Previa anestesia generale etereomorfinica e disinfezione iodica della parte, si praticò una ampia incisione dei tegumenti a convessità inferiore, discendente fin verso la tuberosità tibiale in maniera da situare la cicatrice che si sarebbe formata a guarigione raggiunta molto in basso e perciò il più lungi possibile dall'influenza dei movimenti articolari; si ribattè il lembo in alto e lo si trattenne mediante uncino. La rotula così messa allo scoperto, venne liberata con tutta cura dal sangue, dai coaguli, dai minuti frammenti ossei e cartilaginei presenti. Le superfici di frattura rotulee e le parti molli vicine vennero del pari pulite dai vari residui e dei coaguli che le ricoprivano. Sollevando il lembo periosteo interposto fra i frammenti, si avvicinarono i frammenti stessi e si compiè il cerchiaggio passando un filo d'argen-

to nel periostio che li ricopre, si strinse il filo, lo si attorcigliò alle sue estremità e si ribattè in maniera che nulla sporgesse. Fatto tutto questo nei due casi surricordati si ritenne opportuno aggiungere una sutura a punti staccati riunenti le parti fibro-periostee dilacerate nel trauma. Come si vede il metodo da noi adottato risultò in tal modo una combinazione dei metodi del Berger (cerchiaggio) e del Périer (misura fibroperiostea). Esso ha dato nelle nostre mani risultati ottimi. L'atto operativo terminava con l'applicazione di due tubetti a drenaggio siti ai due estremi dell'incisione e naturalmente con la medicatura e con la apposizione di una doccia posteriore.

Nella sutura fibroperiostea, in luogo di riunire i frammenti con fili che li attraversano, si avvicinano fra loro tutte le parti fibroperiostee vicine e perirotulee con punti staccati preferibilmente di seta (Périer).

La sutura ossea differisce dal cerchiaggio. perchè, dopo aver preparato come in quello il campo operatorio, con questo metodo si attraversano in due punti perfettamente simmetrici, con speciali perforatori, i frammenti in modo da ottenere dei fori distanti un centimetro all'incirca dalla linea di frattura e danti adito a canali aprentisi sulla superficie di frattura immediatamente all'esterno della cartilagine d'incrostazione. In questi tragitti s'introducono dei fili metallici che si torcono, si tagliano a raso e s'appiattiscono sull'osso.

Questi tre metodi hanno in comune, come si vede, il notevole vantaggio di poter operare «a cielo scoperto», dice Championnière, e quindi di permettere di agire direttamente contro le tre cause che impediscono la riunione ossea dei frammenti. Ma quale di essi si dovrà adottare? Molto si è discusso su questo punto e come conclusione si può affermare che la sutura ossea si presta ottimamente quando i frammenti sono solamente due e sufficientemente grandi in modo da sostenere il passaggio del perforatore e successivamente dei fili col conseguente rinserramento loro, senza rompersi, Che se invece la frattura è comminutiva oppure, quand'anche trasversale, uno dei due frammenti fosse così piccolo da non prestarsi alla sutura diretta, allora è necessario ricorrere all'accerchiamento il quale, oltre al richiedere manovre più semplici e più rapide, è indicatissimo nel caso nel quale i frammenti sono molli, friabili, rarefatti per malattia o per vecchiaia. Si intuisce inoltre che esso non maltratta comunque l'osso, ciò che non si può dire della sutura ossea. la quale l'indebolisce in più punti.

CASISTICA.

CASO I. — Lu. An., d'anni 35, entra il 15 aprile 1900, raccontando d'essere caduto su un ponte e d'aver battuto il ginocchio destro contro i gradini. Non ebbe più forza di alzarsi da solo.

All'E. O. si nota che il ginocchio destro è molto tumefatto e dolente. Alla parte media della regione rotulea si può affondare il dito essendo l'osso diviso in due frammenti mobili distanti fra loro due cent. e mezzo, maggiormente spostabili flettendo la gamba sulla coscia. Si fa diagnosi di frattura trasversale della rotula destra con diastasi notevole dei monconi. Si applica una doccia posteriormente all'arto e sul ginocchio la vescica di ghiaccio.

Il 16 si cloroformizza il paziente, si aspira l'emartro, quindi colla sutura sottocutanea, secondo il metodo Kocher, usando seta invece di filo metallico si avvicinano i due frammenti rotulei. Si immobilizza in una doccia tutto l'arto. In 11ª giornata, asportate la doccia e le medicature, si nota l'assenza di ogni reazione e versamento: i monconi sono a contatto, però rinnovata la medicazione, si ripone l'arto in apparecchio amidato. In 21ª giornata si constata che il callo si è già formato, ma ch'esso è ancora molle; 8 giorni più tardi la fissità dei frammenti è di molto maggiore per cui si iniziano i massaggi delle masse muscolari. Il 15 giugno il P. che già ha incominciato a camminare, può piegare abbastanza bene ed estendere sufficientemente la gamba sulla coscia. Il 10 luglio i movimenti dell'arto sono liberi ed il consolidamento completo. Il P. è nello stesso giorno messo in uscita guarito. Non è più ritornato.

CASO II. — Be. Vi., d'anni 34, entra il 22 giugno 1900, perchè nella mattinata con forte peso sulle spalle inciampò e cadde battendo il ginocchio S. al suolo. Provò vivissimo dolore locale che gli impedì di riprendere da sè la stazione eretta. Asserisce di aver sentito, al momento del trauma, uno scricchiolio al ginocchio colpito. Ebbe le prime cure in altro ospedale.

All'E. O.: Ginocchio S. molto tumefatto e dolentissimo, movimenti attivi e passivi di estensione e di flessione impossibili per l'atroce dolore che destano; rotula divisa in due frammenti che distano fra loro appena un cent. Sensazione precisa di crepitazione lungo una linea trasversale. Si fa diagnosi di frattura trasversa della rotula S. da trauma. Cura: immobilizzazione dell'arto in estensione fino a che, mitigatisi i fenomeni locali ed espirato l'emartro, si applicano delle listerelle di cerotto incrociantisi ai lati della rotula. A coadiuvare l'azione dei cerotti, si appone anche un'apparecchio amidato. il quale viene allontanato dopo 25 giorni per praticare metodici massaggi. Più tardi, constatata la formazione di un callo abbastanza resistente, si permette al P. di alzarsi. Dopo 2 mesi dall'incidente il P. lascia l'ospedale, però la deambulazione è ancora difficile tanto che è costretto a servirsi di gruccie. Solamente dopo essere trascorsi altri due mesi gli fu dato camminare senza appoggi e riprendere il lavoro. Rividi il soggetto qualche tempo fa e constatai che nonostante la presenza di un

callo fibroso, che alla radiografia risulta della lunghezza di 6 mm., egli può camminare benino flettendo la gamba ad angolo acuto ed essendo l'estensione attiva dell'arto pressochè normale.

CASO III. — Sa. Lu., d'anni 57, ricoverato il 9 luglio 1901. Egli cadendo sul ginocchio S. contro il margine di una piastra di ferro riportò la frattura della rotula, dei frammenti della quale è difficile, per l'accentuata tumefazione, l'emartro ed i vivissimi dolori rilevare spostamento e crepitazione. Sulla regione rotulea notavasi una ferita lineare lacero-contusa interessante trasversalmente i tegumenti. La diagnosi fu di frattura trasversale della rotula S.

L'11 luglio, mediante fomenti, si sono alquanto mitigati i sintomi locali: si rileva allora scroscio e mobilità dei frammenti. Il 15 luglio evacuato il sangue endoarticolare, si accollano i frammenti e vi si immobilizzano con benderelle di cerotto in forma di otto in cifra e con apparecchio amidato. In 25ª giornata si cominciano i massaggi permettendo il 20 agosto al P., che può disporre di già del suo arto abbastanza soddisfacentemente, l'uscita dall'ospedale. Non si rivide più.

CASO IV. — Do. Ca., d'anni 48, entra il 20 aprile 1905 con diagnosi di frattura trasversa della rotula S. e contusione del malleolo interno S. Riferisce che nella mattinata è scivolata ed ha battuto il ginocchio e la gamba sinistra contro il pavimento. Il vivo dolore le impedì l'uso dell'arto. Constatammo oltre a contusione al malleolo interno S. escoriazione alla parte centrale della regione patellare S., tumefazione del ginocchio con cute tesa, liscia ed elastica nella parte interna, leggermente pastosa all'esterno, senso di crepitazione alla rotula essendo l'osso diviso in due frammenti, dei quali l'inferiore era piccolissimo. Si fa uso di striscie di cerotto disposto a losanga attorno alla patella, di apparecchio immobilizzante e, più tardi, di massaggi con buoni risultati poichè il 25 giugno la P. esce guarita. Riveduta più tardi, si constatò discreta energia e funzionalità del ginocchio, piccolo callo osteofibroso nella sede della frattura.

CASO V. — Lu. An., d'anni 37, viene ricoverata il 16 ottobre 1914 e narra che 15 giorni prima, cadendo, riportò forte contusione al ginocchio D. Anche qui l'acuto dolore s'accompagnò a marcata difficoltà alla deambulazione. Fu costretta a mettersi a letto ed a ricorrere ad impacchi i quali non poterono far dileguare i fatti locali, perchè all'E. O. riscontravasi ancora in corrispondenza del ginocchio D. tumefazione con rossore ed ecchimosi diffuse. Tale tumefazione era molle ed elastica, ma non fluttuante. Una modica pressione sulla patella risvegliava dolore; evidenti erano i sintomi di frattura di tale osso. Si fece diagnosi di frattura della patella D. con emartro. L'esame radioscopico confermò quello palpatorio. Due giorni più tardi, dato esito al sangue endoarticolare, ridotta la frattura si appongono embricatamente delle striscie di cerotto attorno alla patella oltre ad un apparecchio amidato immobilizzante l'arto. In 22ª giornata. si allontana l'apparecchio, si massaggiano i muscoli, si iniziano movimenti passivi. Il 14 novembre la P., sebbene sconsigliata, lascia l'ospedale: sa compiere solo piccoli movimenti attivi, onde la deambulazione riesce impossibile. Non s'ebbero più notizie.

CASO VI. — Ba. Ho., d'anni 26, il 12 dicembre 1919 è ricoverato d'urgenza. Asserisce d'essere caduto poco prima, a bordo, da una scala e d'aver battuto con violenza il ginocchio S. contro un traversino della stessa.

E. O. — Il ginocchio è gonfio e ricoperto da cute bluastra, distesa, ma integra; colla palpazione si constata: vivo dolore, divisione della rotula in tre pezzi, dei quali uno è spostato in basso e due in alto ed esternamente, versamento ematico nella cavità sinoviale. Diagnosi: Frattura comminuta della rotula S. Trattamento: impacco ed immobilizzazione provvisoria, purgante. Il 13 si tenta, ma inutilimente di evacuare con puntura l'emartro; nei dì successivi diminuisce il gonfiore della parte e scompaiono i dolori. Il 20 dicembre si ricorre al cerchiaggio della rotula secondo il metodo suddescritto. Il 29 la consolidazione dei pezzi rotulei è perfetta, però v'è un certo grado di rigidità che si combatte con massaggi e movimenti passivi. Il 27 febbraio il P. domanda l'uscita. La rotula si può spostare in massa ed i movimenti di flessione e di estensione sono quasi normali. Cammina lentamente, però con discreta disinvoltura. L'avvenuta completa consolidazione dell'osso fu confermata dalla radiografia.

CASO VII. — Fu. Pi., d'anni 18, entra il 26 gennaio 1920. Si rilevò che era caduto da una scala battendo il capo ed il ginocchio S. Contro il suolo. Riportò ferita lacero-contusa in regione sopraciliare D. e la frattura della rotula S.

L'arto leso è in semiflessione, ruotato all'esterno; ogni lieve movimento desta dolore al ginocchio che è gonfio con scomparsa delle fossette. La rotula appare fratturata a tipo comminutivo; colla palpazione bimanuale si percepisce la fluttuazione testimone dell'emartro. Si praticano le solite cure iniziali per ricorrere al cerchiaggio il giorno 28: la rotula si mostrò divisa in 9 frammenti dei quali i maggiori disposti al centro ed a croce sugli assi trasversale e verticale rotulei. Il 27 gennaio 1920, constatata l'ottima coattazione dei frammenti, il P. può lasciare il letto e col 13 marzo anche camminare da solo, però l'incesso è claudicante. Quando il 17 marzo viene messo in uscita, incede appoggiandosi appena al bastone. Alla radiografia il callo si presenta ben formato. Rividi a più riprese il soggetto e notai che egli cammina ormai spedito e disinvolto; asserisce di non provare alcun disturbo anche se abusa del suo arto con un lungo passeggio e con una lunga permanenza in stazione eretta.

Dall'esame dei risultati ottenuti negli ultimi due casi, specie se confrontati con quelli raggiunti negli altri, nei quali la cura fu incruenta, risulta chiaramente l'efficacia del cerchiaggio nelle fratture della rotula.

LETTERATURA.

S. DUPLAY, E. ROCHARD e A. DEMOULIN. *Diagnosi chirurgica.* — Società Editrice Libraria, 1908, pag. 600.

LAURENT. *Anatomia clinica, Terapia chirurgica e Tecnica operatoria.* — F. Vallardi. Parte II, pag. 1310.

CECI. *Eine neue Operation der Patellarfractur subcutane Metallnaht der Kniescheibe.* Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 22. S. 285.

BEGOUIN. *Compendio di patologia chirurgica,* vol. IV. pag. 683.

BERGMANN e BRUNS. *Trattato di chirurgia pratica,* II ed. — Soc. Ed. Libraria, vol. V, pag. 720.

AIEVOLI. *Diagnostica Differenziale,* pag. 624.

DENNIS. *The tractment of fracture of the patella by the metallic suture.* New York Medical Journal, vol. XLIII.

MÜLLER. *Zur Behandlung der queren Kniescheiby the metallic suture.* New York Medical Journ., vol. XLIII.

BARKER. *Permanent subcutaneous suture of the patella for recent fracture.* Brit. Med. Journ., n. 1626.

ANDERSSON. *On the treatment of the patella.* Lancet, 1892, Juli 2.

BERGER. *Suture de la rotule par un procédé nouveau (Cerclage de la rotule).* Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. T. XVIII, pag. 1894.

CHOUX. *Des troubles fonctionnels consécutifs aux fractures anciennes de la rotule.* Revue de Chir., 1894, n. 3.

CHAPUT. *Etude expérimentale et clinique sur le mécanisme des fractures de la rotule.* Bull. de la Soc. Anat. de Paris, 1888, pag. 809.

ID. *Des fractures anciennes de la rotule.* Thèse de Paris, 1890.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE. *Fractures de la rotule.* Gaz. des Hôpitaux, 1890, n. 19.

O. SCHRADER. *Die subcutanen Querfracturen der Patella und ihre Behandlung.* In Diss. Hall., 1889.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I
VIII Padiglione: Primario prof. A. CARDUCCI.

Di un nuovo segno osservato nei parkinsoniani post-encefalitici.

Nota per il dott. BERNARDINO MASCI, aiuto.

Da veri mesi è stato da noi constatato un fenomeno molto singolare nei parkinsoniani post-encefalitici, consistente nel fatto che i pazienti appena in grado di camminare con lentezza e difficoltà sono capaci di correre speditamente.

Consultando la letteratura a proposito, nel mentre ci accingevamo a descrivere il fenomeno, ci siamo accorti che esso è stato recentemente osservato anche da Tilney, e da lui designato col nome di progressione metadromica. Tilney ha appunto notato che alcuni infermi appena in grado di compiere movimenti lenti e stentati diventano talvolta capaci di correre, o se in grado appena di articolare qualche parola parlano talvolta speditamente. A questo sintomo Souques ritiene sia più adatto dare il nome di kinesia paradossale.

Noi da tempo avevamo assoggettato gli encefalitici con sindrome parkinsoniana come postumo, oltre che a cure medicamentose, anche ad una ginnastica molto attiva, allo scopo di scuoterli dall'inerzia e dall'abulia, e poter ottenere un miglioramento di quell'estrema caratteristica lentezza e difficoltà dei movimenti. Eravamo così stati profondamente colpiti da un fenomeno stranissimo, cioè da che indistintamente tutti i malati, liberandosi dall'abituale stato bradicinesico, potessero compiere delle corse così lunghe e veloci, da non poter essere raggiunti neppure da giovani baldi e svelti. Abbiamo visto infermi col caratteristico atteggiamento statuario, inchiodati nelle giunture, tremolanti, con la *facies figée*, lo sguardo fisso, gli arti superiori ciondolanti in avanti, con forti disturbi dell'equilibrio, con movimenti lenti, ritardati, limitati, estenuanti, quasi incapaci a reggersi in piedi senza essere sorretti, abbandonarsi a corse sfrenate, durante le quali la fisionomia riacquistava l'espressione normale, gli occhi perdevano l'aspetto vitreo, scompariva il tremore, tornavano a normalmente funzionare i movimenti automatici ed associati, ed i pazienti, negli ampi e regolari movimenti delle braccia, delle gambe e del capo, facevano l'impressione di persone perfettamente sane e normali.

Abbiamo visto, perfino, uno di questi malati, emiplegico, con andatura stentata e falciante e immobilità quasi assoluta dell'arto superiore, non essere secondo agli altri nelle corse, durante le quali ogni traccia di emiplegia si dileguava: gli arti paralizzati riacquistavano, come per incanto, la normale ampiezza ed agilità di movimento. Lunghi, coordinati e velocissimi passi, con propulsione regolare del corpo e movimenti associati ampi e regolari degli arti superiori davano l'illusione di essere davanti ad un individuo perfettamente normale.

Alla fine della corsa questi malati sono capaci di arrestarsi spontaneamente, o, se non si sono frenati per tempo, basta una mano dolcemente spinta avanti al loro corpo per farli fermare. Già questa osservazione dimostra che la capacità alle corse non ha nulla a che vedere con il movimento di propulsione dei veri parkinsoniani, i quali procedono a passi piccoli e affrettati, correndo dietro al loro centro di gravità. Il parkinsoniano non

perde la rigidità, conserva il suo caratteristico atteggiamento, non riacquista l'associazione dei movimenti automatici, procede sempre stentatamente e a piccoli passi, e se non si sorregge alla fine della corsa cade a terra. Ne abbiamo fatto il raffronto facendoli correre insieme con gli encefalitici. Questi, contrariamente ad essi, sembra quasi si liberino di quell'invincibile catena che li tiene come inchiodati e irrigiditi, e riacquistano completamente, forse più del normale, l'elasticità del corpo, l'agilità, la rapidità e la coordinazione dei movimenti.

È un fenomeno veramente impressionante, che merita di essere conosciuto e ulteriormente studiato, anche per eventuali pratiche applicazioni. Tentare di volerne dare la spiegazione è compito molto arduo se non impossibile. Si ha l'impressione come se gl'impulsi, che partono dalla corteccia, nella rapidità di trasmissione del movimento, non subiscano più alcun intoppo o interruzione in corrispondenza delle parti malate, nelle regioni cioè dei nuclei grigi centrali dell'encefalo, ma ritrovino la normale conducibilità nel neurone centrale: l'esplosione del movimento par quasi ridesti l'energia vitale di alcuni elementi nervosi e riallacci le interrotte vie alla trasmissione degli stimoli corticali.

Roma, 1° marzo 1922.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

R. ISTITUTO
DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DIMOSTRATIVA
DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA.

Sopra un dispositivo semplicissimo per ultramicroscopia.

Nota preliminare del dott. V. VANNI, assistente.

La scoperta dell'ultramicroscopia per opera di Siedentopf e Zsigmondy (1902) è stata feconda di applicazioni pratiche alla chimico-fisica, alla medicina ed alla biologia in genere, applicazioni ormai troppo note, che qui non è il luogo di ricordare, e che si vanno moltiplicando ed estendendo si può dire di giorno in giorno.

In questi ultimi anni l'ultramicroscopio ha avuto una grande diffusione nei laboratori scientifici, ma se non è adoperato con grande larghezza, ciò è dovuto indubbiamente alla complicazione del dispositivo ed alla necessità di tanti piccoli accessori che ne rendono incomodo l'uso.

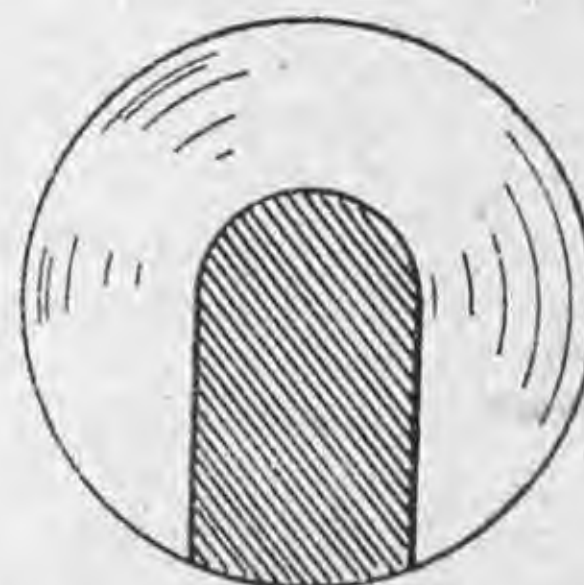
Il dispositivo originale, di Siedentopf-Zsigmondy sopracitati, quello di Cotton e Mouton, il condensatore paraboloide, il condensatore Cardioide, ecc. sono tutti dispositivi perfetti, ma di uso non sempre facile ed alla portata di ogni laboratorio, mentre quello che mi propongo di descrivere presenta i seguenti vantaggi:

1° Non richiede condensatore speciale, servendo benissimo allo scopo il comune condensatore di Abbe, che non ha bisogno di essere spostato;

2° Non immobilizza il microscopio, potendo il dispositivo montarsi e smontarsi all'istante; e quindi di uso semplice e comodo. Eccone brevemente la descrizione:

In luogo del diaframma ad iride che deve essere completamente aperto si pone, immediatamente al disotto del condensatore di Abbe, un dischetto di vetro, con una striscia di carta

Fig. 1.

Fig. 2.

nera ritagliata come nella figura (1) ed incollatavi sopra come nella figura (2).

Si fa cadere sullo specchio del microscopio un fascio di raggi luminosi molto intensi (raggio di sole diretto, lampada ad arco; lampada Nernst, ecc.).

Per l'osservazione è necessario un comune obbiettivo acromatico numero 3 (Koristka, Reichert, ecc.).

Si può usare qualunque oculare forte (4, 5 Huyghens, 8, 12, 18 compensatori), col tubo del microscopio completamente estratto.

Con questo dispositivo, usando per esempio l'oculare 4 di Huyghens e l'obbiettivo n. 3, con un ingrandimento complessivo di soli 95 diametri, si rendono visibili come punti brillanti oscillanti con moto browniano su un campo oscuro, le minutissime particelle di argento colloidale, invisibili, nelle condizioni ordinarie, coi più potenti obbiettivi ad immersione.

Dopo l'osservazione non si fa altro che togliere il dischetto, ed il microscopio è pronto di nuovo per le ricerche correnti.

In una prossima nota mi propongo di esporre alcune osservazioni sulla teoria e sulle applicazioni relative.

Roma, 28 dicembre 1921.

IGIENE SOCIALE.

ISPETTORATO MEDICO DEL LAVORO.
UFFICIO D'IGIENE - PADOVA.

La scelta del mestiere.

Una delle funzioni più importanti dell'Ispettorato Medico del Lavoro, istituito da pochi giorni dal benemerito assessore per l'Igiene, prof. Baldo Zaniboni, a Padova, e che ha già incominciato a funzionare, è quella dell'avviamento al mestiere.

La visita preventiva dei giovani, perchè siano edotti del lavoro che è più confacente alla loro costituzione fisica e psichica, dovrebbe essere praticata a tutte indistintamente quelle persone che vogliono intraprendere un'arte, un mestiere. Tale funzione quando sia generalizzata e affidata ad esperti sanitari, apporterebbe un indiscutibile vantaggio tanto all'operaio che all'industriale. La ragione di tale funzione è facilmente intuitiva e logica: in una determinata industria bisogna utilizzare la forza muscolare, in un'altra si deve esporre l'apparato respiratorio, in un'altra quello visivo, ecc.; tali industrie naturalmente non possono essere adatte per l'operaio che appunto quel dato sistema o quel dato apparato abbia imperfetto, debole o addirittura malato.

Sappiamo che per alcuni rami dell'industria la visita preventiva è obbligatoria per legge, come per i lavoratori in aria compressa, pei conducenti di autoveicoli, per gli aviatori, ecc. Ma purtroppo in tutti gli altri campi dell'attività umana non si ricorre mai all'esame delle attitudini individuali per un dato mestiere o per una data professione.

La scelta del mestiere, come bene affermò l'Ill.mo prof. Cevidalli nel magnifico discorso pronunziato in occasione della cerimonia inaugurale dell'Ispettorato Medico del Lavoro di Padova, viene fatta nella gran maggioranza dei casi senza alcun discernimento. Così accade che ragazzi di debole costituzione organica o con difetti di vista e dell'udito siano avviati alla industria meccanica, dove certamente non si troveranno bene, non faranno un lavoro redditizio e saranno facili vittime degli infortuni; e così saranno avviati a industrie polverose, ragazzi che per qualche malattia del naso e del faringe non possono respirare colle narici o che hanno il torace stretto; è certo che tali ragazzi sono predistinati alla tubercolosi, della quale si sarebbero salvati se fossero stati avviati ad un mestiere da esercitarsi all'aria libera.

L'utilità di organizzare scientificamente il collocamento dei lavoratori ricorrendo alla visita preventiva, è stata dimostrata dall'esperienza che se ne è fatta nella industria americana. Il prof. Ratto in una sua pubblicazione su questo argomento porta il seguente esempio: « Per uno stabilimento (dove non si eseguisce la visita preventiva degli operai) che ha una forza media di 1000 operai, il numero di persone, che entra ogni anno nello stabilimento e figura nei libri di paga, è per lo meno quadruplo, il che significa che l'impresa è costretta, dai suoi regolamenti interni, a licenziare normalmante ogni anno i tre quarti del personale operai con enorme sperpero di forze e di capitali investiti nell'insegnare inutilmente il mestiere a nuove persone, che dovranno in gran parte essere licenziate perchè male scelte o male collocate ».

Ormai in America operai e industriali sono tutti convinti della somma utilità della visita preventiva per la scelta del mestiere o della professione, tanto che la signora Caterina Blakford laureata in medicina, ha potuto fondare a New York una nuova professione che è molto stimata e molto lucrosa per i medici che vi si dedicano. Si tratta di specializzarsi nel sapere « stabilire l'estimo dei capitali umani sul mercato del lavoro ». Si assicura che la dottoressa Blakford guadagna più di 50.000 dollari all'anno nell'esercizio di tale specialità, poichè ad essa ricorrono gl'industriali e le organizzazioni operaie, in quanto i suoi consulti « per le analisi delle vocazioni » sono pagati lautamente essendo riconosciuti di somma utilità pratica.

In conclusione, la visita preventiva per la scelta del mestiere dovrebbe generalizzarsi, costituendo essa un coefficiente importantissimo per la profilassi delle malattie del lavoro.

Padova, 27 marzo 1922.

Dott. GIUSEPPE CASUCCIO
Medico del Consultorio
dell'Ispettorato Medico del Lavoro di Padova.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Cloroma scolorato.

(RAVENNA. *Giornale di Clinica Medica*, 1921, n. 17 e 18).

L'A. riferisce un caso nel quale ad un quadro ematologico subleucemico corrispondeva un reperto anatomo-patologico ben riferibile ad una sarcomatosi diffusa.

Si trattava di una bambina di 12 anni, debole e malaticcia, con padre tubercolotico, morta 20 giorni dopo l'ingresso in ospedale.

Da un mese la P. si lagnava di cefalea, malessere generale, vivi dolori, specie la notte, lungo la colonna vertebrale e all'emitorace destro, sudori, febbre, diplopia.

I fatti importanti rilevati all'esame obiettivo erano: Insufficienza del retto esterno sinistro; rigidità della colonna vertebrale; Kernig; patellare più vivo a destra; ipofonesi nella fossa sopraspinosa e nello spazio scapolo-vertebrale di sinistra; splenomegalia.

Nel liquor: Iperalbuminosi, linfocitosi, cellule a tipo endoteliale.

Nel sangue: Leucocitosi (22,000); presenza di elementi immaturi (mielociti, ecc.).

Morte dopo una craniotomia esplorativa.

All'autopsia: Neoformazione diffusa della faccia interna della dura madre cerebrale e presenza d'una massa caseosa nel tetto orbitario di sinistra; ghiandole dell'ilo del polmone e mesenteriche ingrandite e fuse tra loro; nel polmone sin., cuore, fegato e reni nodi di aspetto neoplastico, di colorito biancastro, alcuni rammoliti al centro; milza ingrandita con polpa rossa, fluente.

Nei focolai di aspetto caseoso non tubercoli, nè bac. di Koch. L'esame microscopico dimostrò che i nodi esistenti nei varii organi interni e nel midollo femorale e costale e la neoformazione della dura meninge erano ugualmente costituiti e sul tipo dei sarcomi a cellule rotonde.

Il Ravenna, per cercare di classificare il suo caso d'osservazione, si addentra nel campo oscuro e vasto che sta tra leucemia e tumori.

Infatti, il decorso rapido, il quadro ematologico, la febbre ed il reperto istopatologico degli organi emopoietici farebbero pensare più ad una leucemia che ad un sarcoma meningeo.

D'altra parte, però, i nodi a tipo sarcomatoso esistenti nei varii organi e la neoformazione meningea parlerebbero piuttosto per quest'ultimo.

Quindi l'A. prospetta tre ipotesi:

1° Coesistenza di due processi morbosi distinti (sarcoma e leucemia);

2° Presenza d'un sarcoma meningeo con metastasi in varii organi e specialmente in quelli emopoietici;

3° Esistenza d'un'unica forma morbosa, costituita da un reperto istopatologico e di leucemia e di tumori a tipo sarcomatoso.

La prima va esclusa perchè urta con la stabilita identità tra gli elementi costituenti i nodi neoplastici e quelli rinvenuti negli organi emopoietici; la seconda perchè sono rari e poco noti gli esempi di metastasi quasi del tutto sistematiche. La terza porta la discussione in un campo molto vasto e poco conosciuto.

Infatti, dice l'A., finora un legame tra sindrome leucemica e neoplastica è stato ammesso nei seguenti quadri morbosi: 1° Leucosarcomatosi; 2° Cloroma; 3° Mieloma; 4° Linfosarcomatosi; 5° Micosi gungoide; 6° Linfogranulomatosi.

Il Ravenna espone diffusamente le caratteristiche di ciascuno di tali quadri morbosi alla luce delle più recenti conoscenze e le mette in rapporto con quelle presentate dal caso caduto sotto la sua osservazione.

Si ferma lungamente a considerare il cloroma il quale venne messo in rapporto con le leucemie da Waldstein, Türk, ecc.

Esso è caratterizzato dalla formazione di tumori nelle sierose e nel periostio (orbita, ecc.) e dal decorso acuto; dà inoltre anemia e un quadro ematologico leucemico.

Il color verde (da cui prende il nome e al quale si attribuiscono varie origini) può mancare, non essendo esso una caratteristica costante; in ogni caso sparisce poche ore dopo la sezione.

Alcuni AA. (Schridde, Ribbert, ecc.) considerano il cloroma come un tumore; altri (Naegeli, Recklinghausen; ecc.) come una leucemia.

Vi sono poi forme di passaggio tra cloroma a tipo neoplastico e cloroma a tipo iperplastico (cioè a tipo leucemico).

Infatti Pappenheim parla di clorosarcomi e di cloroleucemie.

L'A. ritiene di poter classificare il suo caso tra i cloromi scolorati (Wetter, Lauber, ecc.) ponendolo in una nuova sottospecie (5ª) del secondo gruppo della classifica di Lehndorff (gruppo dei cloromi mieloidi).

E ciò in base ai seguenti caratteri: Decorso rapido, esoftalmo, anemia, quadro ematologico subleucemico, dissociazione tra il quadro ematologico (subleucemico) ed il reperto (di

leucemia acuta) degli organi emopoietici, nodi a tipo neoplastico in varii organi, ecc.

D'altra parte, nel suo caso, ritiene si possano escludere la linfogranulomatosi (pel decorso, salvo la febbre, e pel quadro anatomopatologico), la linfosarcomatosi (per la partecipazione della milza e del tessuto mieloide al processo morboso); la micosi fungoide (perchè la cute non era interessata); il mieloma (per la mancanza di albumosuria, fragilità ossea, ecc.); la leucosarcomatosi (perchè la fa rientrare nelle leucemie).

Per ultimo, l'A. crede che la neoformazione meningea sia sorta indipendentemente da quelle degli organi emopoietici; d'altro canto, essendo il processo midollare di sicura natura leucemica, egli conclude che neoformazioni leucemiche posson trovarsi al di fuori degli organi emopoietici e che esse si producono non per metastasi, ma per proliferazione di elementi mesenchimali indifferenziati (clasmatociti di Ranvier).

Ci siamo dovuti accontentare di riferire per sommi capi i punti principali del lavoro poichè, per ragioni di spazio, non ci è stato possibile d'intrattenerci su tutte le questioni che l'A. ha prospettate e ampiamente svolte.

ALFREDO PARLAVECCHIO.

CHIRURGIA.

Plastica del coledoco.

([illegible]. WALTON, Londra. *British Journal of Sur[illegible]y*, ottobre 1921).

L'A. ricorda i vari procedimenti di sutura registrati sulla letteratura: l'anastomosi termi[illegible]o-terminale con e senza drenaggio dell'epa[illegible]la coledoco-enterostomia laterale, la ri[illegible]uzione del dotto sul tratto mancante, o con un'anatostomosi fra duodeno ed epatico, o fra la fistola (nei casi di vecchie fistole) e il duodeno, l'impianto diritto del capo del dotto [illegible]ciso sul duodeno, gli innesti con autogeni [illegible]on porzioni diverse — Giordano e Stropini — [illegible]n appendice — Molinens — con porzioni di [illegible]cia lata — Levis e Davis — con pezzi di [illegible]to attorno ad un tubo di gomma — Jul[illegible]).

[illegible]est'ultimo procedimento che fu praticato [illegible] altri ma con risultati variabili e molto criticato da Mayo fu il punto di partenza all'autore per il suo metodo di plastica.

L'autore descrive la tecnica dell'operazione. Egli usa l'incisione pararettale superiore destra, che trova ottima per tutte le operazioni sullo stomaco, duodeno e cistifellea. Essendo posto tutta nella parte interna del muscolo retto, non si trova sulla via di nervi e può essere portata dal margine costale al pube senza indebolire la parete addominale. Il dotto coledoco è ora scoperto, se vi è stata una fistola biliare vecchia, il capo inferiore non fu probabilmente scoperto; se c'è una stenosi o carcinoma, questo è rimosso se possibile, cosicchè il capo superiore del dotto rimane aperto, ma è separato dal duodeno da una lacuna vasta rendendo impossibile un impianto diretto. Il bordo superiore del duodeno è ora tirato in su e suturato, cosicchè la lacuna è ridotta per quanto è possibile. Viene inserito il tubo più grosso che può entrare nel capo tagliato del dotto e viene suturato con catgut in posto. Si taglia allora un lembo della superfice anteriore del duodeno e lo si gira in giù; la parte superiore dell'apertura risultante viene suturata fino a rimanervi l'apertura sufficente perchè v'entri il tubo. Le porzioni superiori dei margini del lembo, sono suturate attorno al tubo, e al margine del dotto tagliato. Disotto sono suturate alla parete del duodeno, che costituisce la parete posteriore del dotto che circonda il tubo. Per sicurezza si pone *in situ* un piccolo drenaggio. L'operazione in pratica è assai semplice; si può così formare un dotto di qualunque lunghezza, essendo tappezzato da membrane mucose e impervio all'azione della bile, e non va soggetto a contratture; giungendo obliquamente sulla superficie duodenale si stabilisce una specie di valvola. Inoltre non è necessario che il tubo rimanga molto *in situ*: il tubo può essere suturato con catgut che può essere disciolto in pochi giorni.

L'autore porta dieci casi operati con questo processo, di cui quattro con ferita accidentale al coledoco, o all'epatico (uno guarigione, uno migliorato, due morti).

Tre casi di carcinoma del coledoco con due guarigioni e un morto. Tre casi di pancreatite cronica avanzata, o carcinoma della testa del pancreas, con due migliorati e un guarito.

S.

Coledocotomia per ascaridi nelle vie biliari.

(I. KAISER. *Berl. klin. Woch.*, 1921, n. 35).

L'A. riporta il caso di una donna 45enne, che, fin dalla fanciullezza veniva eliminando ascaridi con le feci. Da otto anni soffriva di « crampi allo stomaco » che duravano 1-2 ore, talora anche un giorno, ma erano sopportabili, e talora, accompagnati da vomito bilioso; non mai ittero, urine normali. Le coliche an-

darono facendosi più forti e frequenti e non cessarono nemmeno quando, con la somministrazione di vermifughi, vennero eliminati molti ascaridi. Nessun reperto importante all'esame obbiettivo tranne una certa sensibilità alla pressione alla metà dell'arco costale destro.

All'atto operativo, si trovò la cistifellea retratta, con l'aspetto di tessuto cicatriziale, pareti molto inspessite, grosse vie biliari molto allargate; aperto longitudinalmente il dotto coledoco-epatico si trovarono 10 ascaridi viventi, riuniti a fascio e molte uova; la papilla del Vater molto allargata, sicchè la punta del dito mignolo poteva penetrare nel duodeno. Mediante la compressione dei lobi epatici, specialmente del destro si poterono far uscire 32 vermi quasi tutti adulti, alcuni dei quali lunghi 30 cm. il ramo destro del dotto epatico era dilatato in una cavità grossa quanto una mela. Nessun calcolo venne trovato. Per mezzo di una Nélaton, si introdusse nel duodeno dell'olio di ricino per espellere gli eventuali vermi, che vi si trovassero. Si lasciò poi un drenaggio nella cistifellea traverso il quale vennero ripetutamente fatti lavaggi con soluzione fisiologica, soluzione di timolo, soluzione di Yatren [solulzione di Parajodoortosulfoossicculoesatrienpiridina. *N. d. Redat.*]. Vennero dati per diverse volte dei vermifughi, che dapprima provocarono emissione di ascaridi (dal drenaggio ne vennero evacuati due morti), poi rimasero senza effetto. Al 24° giorno venne tolto il drenaggio, al 36° l'ammalata abbandonò l'ospedale guarita.

Il caso è interessante per la grande quantità di vermi riscontrata, per la mancanza di calcoli biliari, per le notevoli modificazioni istopatologiche, le quali dimostrano che la lesione durava da lungo tempo (circa 8 anni). La retrazione della cistefellea, con le pareti dall'aspetto cicatriziale era in dipendenza di stati infiammatori delle vie biliari. Si comprende poi che con una papilla del Vater tanto ampia, fosse agevole il passaggio degli ascaridi da e per l'intestino. Gli antelmintici possono essere utili, ma rimangono senza azione quando gli ascaridi si trovano già nelle vie biliari; in tal caso è necessario l'atto operativo, accompagnato da lavature con soluzione di Yatren e di timolo, in soluzione fisiologica con alcune gocce di alcool.

r. s.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Trattamento di differenti forme di tubercolosi cronica coi sali di terre rare.

(PORTMANN. *La Presse Médicale*, n. 14).

I risultati, ottenuti coll'uso dei sali di terre rare, fatto in questi ultimi anni, sono dei più incoraggianti. La conoscenza delle terre rare risale al 1751 per opera di Cronsted che scoprì il cerio. In seguito se ne scoprirono una quindicina raggruppate in 4 classi: *cerio, terbio, itterbio, torio.* Le più usate in medicina sono quelle del gruppo del cerio che comprende: *il lantanio, il praseodimio, il neodimio, il samario* e *l'europio.* La loro azione sui germi in genere è delle più forti come inibitrice del loro sviluppo, anche a diluizioni di 1/40.0000. Questi sali inoltre modificano la struttura del bacillo tubercolare diminuendone fortemente il contenuto in grasso e in cera. Dai primi tentativi di Frouin e Ledebt del 1912 bisogna giungere a quelli di Grenet e Drouin per vedere estendere e utilizzare su ampia scala nella cura della tubercolosi i sali di terre rare. Essi adoperarono (*Le monde Médical*, novembre 1921), le iniezioni endovenose di soluzioni acquose al 2 % di solfato di neodimio, praseodimio, e didimio, o le iniezioni sottocutanee o intramuscolari di una soluzione al 2 % in veicolo lipoideo-forforato dei medesimi sali. Il metodo comprende serie di 20 iniezioni consecutive, separate dalle successive da 15-20 giorni di ripo-so. *Il trattamento è riservato alle tubercolosi croniche non o appena febbrili*: eccezionalmente si può tentare questa terapia in malati con forti oscillazioni termiche; ma *contro-indicazione assoluta costituiscono tutte l[illegible] evolutive acute e subacute della tub[illegible] polmonare.* Bisogna sempre iniziare la cura [illegible] prudenza saggiando la tolleranza del malato.

Le forme dove il trattamento ha consguito i migliori risultati sono:

1° Le adeniti: *sia chiuse che fistolizzate* sono le più accessibili al trattamento. La g[illegible]rigione si ottiene facilmente. Scomparsa d[illegible] periadenite, riduzione di volume dei gangli [illegible] divengono duri e mobili, chiusura della fist[illegible]

2° Tubercolosi ossee e articolari. Ottim[illegible] lusinghieri risultati si hanno in forme di sp[illegible]ventosa e di reumatismo tubercolare, di c[illegible] fistolizzati, di tumore bianco del ginocchio, dell'articolazione tibio tarsica, e in ascessi freddi di origine costale;

3° Tubercolosi cutanee. Nel gruppo dei tubercolidi, l'acne di Bartélemy si lascia influenzare molto lentamente: mentre ottimi risultati si ottengono nel *lupus* eritematoso, e nella

tubercolosi cutanea verrucosa, e nell'ulcere cutanee tubercolari;

4° Tubercolosi renale. Gli autori non hanno casi di guarigione, solo notevolissimi miglioramenti, quali anche hanno potuto osservare in un caso di peritonite tubercolare con ascite, in casi di tubercolosi della salpinge ed orchio epididimaria;

5° Nella tubercolosi polmonare, tutti i casi trattati dagli autori presentarono rapidi e spiccati miglioramenti: aumento di peso; rarefazione delle emottisi, diminuzione dell'espettorato, graduale scomparsa dei segni fisici delle lesioni polmonari.

In questi ultimi mesi il Portmann (*La Presse Médicale*, n. 14, febbbraio 1922) ha tentato questa terapia anche nel trattamento delle tubercolosi laringee, seguendo la tecnica e la pasologia di Grenet e Drouin. Anche qui le indicazioni si riassumono brevemente. Controindicazioni nei febbricitanti. Nelle laringiti bacillari catarrali (1° periodo), le terre rare possono dare risultati eccellenti sia per le modificazioni dello stato generale che delle lesioni locali. Nelle forme infiltrative e ulceroedematose i sali di terre rare sono senza effetto e le lesioni locali non sono affatto modificate.

T. DE SANCTIS MONALDI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

An Index of Treatment by various writers, edited by R. HUTCHISON a. J. SHERREN. 8ª edizione. 1 vol. in-8 gr. di pag. 1021. Bristol, John Wright a. Sons Ltd., 1921. Rilegato. Prezzo s. 42.

Come quasi tutta la produzione libraria medica inglese, anche questo volume — nel quale hanno collaborato un centinaio di autori — soddisfa bene le esigenze della pratica.

La disposizione in ordine alfabetico delle numerose voci che compongono il dizionario riesce comodissima. Ogni voce è argomento di un capitoletto, affidato a un medico di competenza speciale e indiscussa.

Per ogni voce sono indicati i mezzi che permettono di applicare utilmente i rimedi e sono fissate le modalità degli interventi, attenendosi alle nozioni indispensabili nell'esercizio quotidiano.

Il lavoro si renderà utilissimo specialmente ai pratici generici che esercitano lontano dai grandi centri e che nel vastissimo campo della medicina debbono saper tutto e debbono osare tutto: di fronte a casi difficili e poco frequenti, essi potranno attingervi indicazioni preziose.

Tutti i capitoli che noi abbiamo scorso sono svolti con compiutezza ed in forma interessante; vi sono consegnate le nozioni necessarie, anche nei dettagli, ma non mai in modo prolisso.

Nel suo genere, quest'opera è quasi perfetta; è certamente molto pregevole: i suoi meriti vengono confermati dal succedersi delle edizioni, sempre più ricche e più complete. Un giusto omaggio va reso ai due direttori che l'hanno ideata e saputa attuare. *arpo.*

A. MANQUAT. *Précis de thérapeutique.* Vol I. J.-B. Baillière, éditeur, Paris. Prix Fr. 25.

In questo primo volume l'A. premette nozioni di terapia generali riguardanti i metodi curativi, l'individualizzazione terapeutica, le azioni medicamentose. Tra medicamenti tratta del gruppo dei medicamenti specifici (mercurio, arsenico, chinina, salicilici, emetina colchico) dei medicamenti che egli chiama biologici antiinfettivi (sieri vaccini prodotti microbici, fermenti), degli antinfettivi indifferenti (colloidali, revulsivi), degli antisettici chimici, degli antiparassitari, dei medicamenti riparatori dei tessuti in generale, e di tessuti particolari, infine dei riparatori dei principi deficienti nell'organismo, e degli alimenti medicamentosi. Prescindiamo dalla divisione adottata dall'A., che si presterebbe a qualche critica, la chiarezza, la brevità, il senso di moderna selezione che egli raggiunge nella trattazione, sia di argomenti generali che di medicamenti in particolare, rendono la lettura del libro facile, piana. Lo studente, il medico pratico troveranno un ausilio valido nella loro pratica, e nei dubbi che sorgono ad ogni passo, sui problemi terapeutici di ogni giorno. *t. p.*

L. CHEINISSE. *L'année thérapeutique.* Vol II; année 1921. 1 vol. in-16 di pag. 152. Parigi, 1922; Masson & Cie, editori. Prezzo fr. 6.

Il dott. Cheinisse redige nella «Presse Médicale» gli articoli della rubrica «Mouvement thérapeutique»; quasi tutti gli argomenti sono scelti con criterio, con avvedutezza, con colpo d'occhio sicuro, sono svolti con competenza, con garbo, con efficacia, ciò che ha creato all'A. un largo credito.

Questi articoli sono stati raccolti in un primo volume lo scorso anno; segue ora un secondo volume: essi ci presentano l'attività redattoriale dell'A. nel corso di un'annata.

Sebbene l'A. sia stato forse ora un po' meno felice dello scorso anno, pure alla pubblicazione attuale non mancherà il successo che ha già arriso al volume precedente. *a. p.*

R. HYVERT. *Traitements nouveaux*. A. Maloine, éditeur, 1921.

Nel volumetto raccoglie l'A. i principali medicamenti in un primo capitolo, le principali medicazioni in un secondo, le specialità francesi più in voga in un terzo capitolo: in tutti e tre la materia è disposta per ordine alfabetico. Volumetto di ricordi, utile nella pratica del medico, simile ai tanti, che abbondano in tutte le letterature mediche di ogni nazione.

t. p.

Studi sull'afta epizootica.

La Commissione per gli studi e gli esperimenti di immunizzazione contro l'afta epizootica, pubblica due volumi (in-8 gr. di pag. 158 e 122, Roma 1921, coi tipi dello Stabilimento Poligrafico per l'Amministr. della Guerra), uno dei quali contiene una esposizione dettagliata, precisa e ordinata, delle nostre conoscenze sull'etiologia e la profilassi dell'afta; l'altro una relazione delle ricerche sperimentali compiute, le quali hanno avuto per punto di partenza il metodo di aftizzazione proposto dal prof. Terni e che sono state condotte in specie nelle stazioni sperimentali di Poggio a Cariano e di Milano: esse hanno condotto a risultati veramente cospicui. Quest'opera sperimentale onora il nostro Paese e aggiunge una nuova benemerenza alle molte che la Direzione Generale della Sanità si è guadagnata sul campo della scienza e della profilassi.

a. p.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 febbraio 1922.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, presidente.

Il presidente prof. ASCOLI, prima che si inizi lo svolgimento delle comunicazioni, ricorda la perdita del socio ordinario prof. GAETANO MAZZONI e del socio corrispondente nazionale prof. GIACOMO CIAMICIAN, alla cui memoria rivolge un mesto saluto.

Di alcune forme cliniche di glicosuria.

Prof. V. ASCOLI. — L'O. riferisce su varî tipi di glicosuria (acromegalica surrenale, in rapporto con la cirrosi del fegato) che ha avuto occasione di osservare, determinando i caratteri delle rispettive sindromi cliniche e ne illustra la patogenesi.

Sulle glicemie.

Prof. S. SILVESTRI. — L'O. riferisce sui metodi che si adoperano per lo studio della glicosuria mettendo in evidenza il valore che la ricerca dello zucchero nel sangue ha assunto oggi in clinica. Riferisce i valori trovati nelle numerose determinazioni compiute negli ultimi 3 anni nella Clinica Medica di Roma. Illustra il metodo della iperglicemia alimentare e le applicazioni che questo metodo può trovare in Clinica. In fine si intrattiene sulla iperglicemia adrenalinica e ritiene che questo metodo possa riuscire utile nella diagnostica del diabete zuccherino.

Sui vari tipi di diplococco.

Prof. E. PONTANO. — L'O. riferisce su ricerche da lui compiute riguardanti i vari tipi di pneumococchi dominanti in Roma. Le ricerche hanno confermato nella linee generali i risultati ottenuti in America. I tipi predominanti sono stati il I ed il II. La mortalità maggiore però è stata per il tipo III.

Ematuria grave
come unico sintoma di tubercolosi renale iniziale.

Prof. A. CHIASSERINI. — L'O. riferisce su di un caso di tubercolosi renale iniziale in cui unico sintoma era una grave e persistente **ematuria**. Il soggetto fu sottoposto ad intervento chirurgico con esito in guarigione. Illustra l'esame istologico di sezioni eseguite nel rene malato asportato di cui presenta numerosi preparati.

E. GROSSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta ordinaria del 26 marzo 1922.

Presidenza del prof. GIOVANNI MIRANDA, presidente.

La cura chirurgica della tiflite ulcerosa.

NINNI prof. GIOVANNI. — L'O. comunica un caso clinico di grave tiflite ulcerosa con perforazione del cieco. L'infermo venne curato mediante l'ano contro natura, secondo il metodo Ninni, con ottimo risultato poichè in tempo relativamente breve si ebbe completa guarigione.

Anomalie riscontrate in scheletri di «briganti».

Prof. ANGELO ZUCCARELLI. — Ha esumato sei scheletri di «briganti», fucilati e interrati nel territorio di Cusano Mutri, fra il 1866 e il 1868: sono conservati nel Gabinetto di Antropologia Criminale.

L'O. presenta un bacino femminile in un brigante autentico «maschio», con decisi caratteri di *bacino muliebre*, così nella grande escavazione, come nel distretto superiore e nell'inferiore: caratteri tanto più rilevanti, quando si considerino in confronto degli altri 4 bacini briganteschi decisamente «mascolini». È un caso di vera e propria inversione sessuale scheletrica, che costituisce una anomalia congenita primitiva. Poi l'O. presenta un esemplare ben raro di *sacro-schisis* completa, ed un altro meno completo. Nel sacro dello scheletro di brigante segnato col n. 1053 osservasi ad evidenza tutto il *canale sacrale completamente allo scoperto* da risultarne una larga e lunga doccia. La interezza naturale delle labbra di questa fa escludere qualsiasi avaria artificiale. Questo caso, già osservato dall'Antonelli, fu in base alla sua pratica di 40 anni, giudicato da lui *più che raro, forse unico.*

Nel sacro dell'altro scheletro segnato col n. 1052. notasi pure spina bifida, ma non così estesa e completa, giacchè la cresta sacrale, che suole termi-

nare in corrispondenza del 3° foro, o tra 3° e 4°, qui si arresta a livello del 2°. Questo scheletro, presentando ancora l'esistenza delle cartilagini interepifisarie nelle epifisi inferiori dei femori, come pure incompletezza del saldamento delle vertebre sacrali, si fa giudicare di età giovane, e quindi rispondente ad uno dei due briganti di età minore degli altri, l'uno di 23 e l'altro di 21.

A queste, altre notevoli anomalie si accompagnano in altre regioni degli stessi scheletri. Esse sono significative di grave e profonda *degenerazione originaria* dei soggetti in cui si trovano, i quali sono dei grandi «*malati della evoluzione*».

La Medicina in Napoli al tempo degli Angioini.

Prof. MAURIZIO MASTROBILLI. — L'O. comunica un diligente studio di Storia della Medicina illustrando la Scuola medica Salernitana e Napoletana al tempo degli Angioini. A. CHISTONI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta del 24 febbraio 1922.

Presidenza: prof. B. ROSSI, presidente.

Un caso interessante di chirurgia addominale.

B. ROSSI. — Si tratta di una ragazza che venne ricoverata al Padiglione Zonda per tubercolosi del ceco e del colon ascendente.

Coll'osservazione clinica accurata ed al reperto operatorio si potè però constatare che esisteva anche una stenosi grave cicatriziale del tenue a circa 60 centimetri dalla valvola ileo-cecale, ed una calcolosi biliare con colecistite. Per cui l'operazione chirurgica dovette estendersi alla demolizione di 70 centimetri circa del tenue, del ceco, del colon ascendente, di parte del trasverso (anastomosi termino-terminale), alla colecistostomia ed alla chiusura secondaria della cistifellea.

L'O. presenta l'ammalata guarita ed in ottime condizioni, ed il pezzo anatomico.

Leiomixoangioma del legamento rotondo.

G. DOSSENA. — Presenta un caso di fibroma del legamento rotondo, associato ad un grosso fibroma del corpo uterino ed a gravi alterazioni annessiali, che l'esame istologico ha dimostrato essere un leiomixoangioma. L'O., dopo aver illustrato il caso dal punto di vista clinico ed istologico, fa alcune considerazioni sul punto di provenienza dei fibromi del tratto extrainguinale del legamento rotondo, ed esclude che esista identità e correlazione di stimoli genetici fra di essi ed i fibromi del corpo uterino.

Sul significato dell'onda finale T del gruppo ventricolare dell'elettrocardiogramma.

C. PEZZI. — L'O. è partigiano della teoria di Mines, che attribuisce a tutte le onde del gruppo ventricolare una origine comune, facendole dipendere dal fenomeno dell'eccitazione. Però mentre le onde Q, R, S rappresentano il periodo *iniziale* o d'*invasione*, T rappresenta, invece, il periodo *finale* o di *scarico* quando l'eccitazione abbandona le varie parti della massa ventricolare. In favore di questa teoria stanno queste personali osservazioni: l'onda T può, infatti, variare di grandezza in seguito a stimoli esclusivamente nervosi come lo stimolo elettrico portato sul vago, sia nel cuore intatto e *in situ* del cane, o meglio dopo aver realizzato una dissociazione atrio-ventricolare completa per distruzione del fascio di His. Inoltre l'introduzione nel circolo di sostanze tossiche quali il chinino a forti dosi può dar luogo alla sospensione assoluta di ogni movimento meccanico del cuore, mentre persistono le onde dell'elettrocardiogramma, specialmente l'onda T. Infine l'O. ha potuto constatare in un cane che aveva ricevuto forti dosi di cloruro di stronzio una dissociazione tra il fenomeno meccanico e quello elettrico, nel senso che la contrazione del ventricolo perdurava a lungo dopo la cessazione di T, mentre normalmente i due fenomeni marciano di conserva. Nella stessa guisa che all'inizio lo stato d'eccitazione propagandosi nei ventricoli in modo ineguale è causa delle onde Q, R, S, così alla fine il fatto che l'eccitazione non abbandona contemporaneamente tutte le parti del cuore crea fra i due elettrodi delle differenze di potenziale che fanno oscillare la corda del galvanometro e producono l'onda T.

Contributo alla diagnosi della pleurite neoplastica.

B. CAVAGLIANO. — L'O. riferisce intorno a due casi di neoplasia primitiva della pleura, nei quali fu possibile stabilire la diagnosi esatta fin dai primi tempi di osservazione degli ammalati, per la presenza nel liquido pleurico di cellule endoteliali atipiche, con tendenza a riunirsi in ammassi, da ritenersi come caratteristiche delle forme di pleuriti neoplastiche. C. VALLARDI.

Associazione Medica Triestina.

V adunanza scientifica del 10 febbraio 1922.

Presidenza: Prof. NICOLICH, presidente.

Il dott. Mann presenta un caso di *sepsi dopo reumatismo articolare acuto* il quale andava progressivamente peggiorando ad onta delle iniezioni endovenose di elettrargolo, sublimato, siero di cavallo, ecc. Provocato con l'iniezione di 2 cmc. di olio trementina un *ascesso di fissazione*, l'ammalato guarì completamente salvo una lieve e passeggera irritazione renale.

Il dott. PORENTA parla su 9 casi di *rottura d'utero nel parto* da lui osservati. In tutti e tre questi casi si potè anamnesticamente o coll'esame istologico del tessuto uterino, dimostrare la preesistenza di una cicatrice del segmento inferiore dovuta a lacerazioni guarite spontaneamente. La terapia seguita dall'O. fu l'amputazione sopravaginale dell'utero. Tutte le donne godono ora perfetta salute. Citate le pubblicazioni più recenti sull'argomento il dott. PORENTA precisa le indicazioni necessarie per l'intervento laparotomico. R. P.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Etiologia dello scompenso del cuore.

Fin qui se ne attribuiva la causa a fattori meccanici e psichici: sforzi, fatiche eccessive, continue, emozioni, patemi d'animo e scarsa al fattore infettivo.

Da una statistica fatta all'ospedale di New-York, comprendenti tutti i casi di scompenso, complicanti cardiopatie valvolari o miocardite croniche, ad eccezioni di quelli ch'erano affetti di sifilide, di endocardite acuta (B. Barringer, *Presse Médicale*, n. 17, 1922) si è potuto constatare che in 154 ammalati cardiaci in scompenso, in 5 soli potevasi riferirsi a sforzo fisico e in 2 a chocs morale, mentre in 18 pazienti i primi sintomi potevano direttamente riferirsi ad una infezione grippale o bronchitica. Inoltre nel 75 per cento di essi si è potuto constatare febbre più o meno marcata della durata di 3 giorni a più settimane e nel 51 per cento leucocitosi con polinucleosi.

In genere si attribuisce la febbre e la leucocitosi dell'iposistolia a congestione polmonare e a stasi venosa. L'A. crede erroneo questo concetto, avendo ciò osservato in ammalati privi d'ogni segno di congestione venosa: ritiene siano esse legate al processo infettivo, causa dello scompenso; per cui consiglia in ogni cardiaco di far scomparire pria di tutto ogni focolaio infettivo, facendo con ciò la miglior profilassi dello scompenso.

FAUSTO AMANTEA.

Il valore clinico dell'extrasistolia.

Incerti siamo ancora sul valore da attribuirsi in clinica all'aritmia extrasistolica. E. Mosler e H. Sachs opportunamente quindi cercano di precisarne il significato confrontando le storie cliniche e i 511 elettrocardiogrammi presi in 87 soggetti affetti dall'aritmia in discorso (*Berliner Klinische Woschenschrift*, n. 34, 1921).

Anzitutto dalla statistica risulta la predominanza delle cardiopatie organiche in soggetti affetti da extrasistolia: in 21 casi questa esisteva senza alcun altro sintoma cardio vascolare e quindi si poteva parlare di extrasistolia essenziale; in sei casi vi erano lievi disturbi cardio vascolari; in 60 casi esisteva un'affezione più o meno grave del cuore. In questi malati le extrasistoli davano luogo a scarsi disturbi subiettivi, contrariamente a quel che succede in individui indenni da lesioni.

Il luogo di origine dell'extrasistole facile a rilevarsi nell'elettrocardiogramma ha una certa importanza clinica. Il tipo più frequente (67 casi) è l'extrasistole ventricolare: sembra che i cuori più gravemente lesi presentino il più spesso questa varietà. Rare sono le extrasistoli auricolari (3 casi). Esisteva in 23 casi il tipo atrio-ventricolare puro od associato ad altri tipi. Il bigeminismo si trova a preferenza in cardiopatie organiche.

Non è inevitabile l'extrasistolia nelle cardiopatie gravi; è certo che le lesioni miocardiche e valvolari sembrano favorire la sua comparsa, al contrario delle resistenze circolatorie periferiche. È di prognosi infausta la comparsa dell'extrasistolia nel corso di uno scompenso cardiaco o di un'aritmia perpetua.

Nell'extrasistolia essenziale, nella quale predominano i disturbi subiettivi, basta la scomparsa dei disturbi digestivi o la fine di una gravidanza per far cessare il disturbo del ritmo.

MONTELEONE.

Aortalgia ed angina di petto.

L'angina pectoris non si presenta sempre con la forma minacciosa classica, ma bene spesso con sintomi più miti, senza carattere angoscioso. Nella varietà più frequente, l'individuo accusa una molestia oppressiva retrosternale, con irradiazione posteriore od alle estremità superiori; in altri casi, l'oppressione è avvertita in corrispondenza del cuore, a sinistra dello sterno, talora più in basso, con irradiazione alla scapola ed al braccio sinistro; più raramente tale sintomatologia si osserva dal lato destro. Talvolta le sensazioni sono localizzate all'ombelico od all'epigastrio, senza irradiazioni, oppure si ha il tipo inverso iniziantesi in un arto superiore e rimanendovi circoscritta od irradiantesi rapidamente verso lo sterno.

L'esame obbiettivo può essere del tutto negativo: tachicardia con numerose extrasistoli, tendenza alla vertigine ed allo stato di collasso possono verificarsi quando gli attacchi si succedono rapidamente ed il paziente muore in stato anginoso. Frequente è la sensibilità del plesso brachiale, anche negli intervalli fra gli accessi, rilevabile con la pressione nel solco bicipitale interno, e più specialmente sul nervo ulnare all'indietro del condilo interno dell'olecrano.

Causa frequente dell'accesso sono gli sforzi corporei, quali il cammino rapido, massime se contro vento, od in salita, od a stomaco

pieno, il sollevare dei pesi, gli sforzi della defecazione, della tosse, talvolta anche le azioni termiche, specialmente il freddo. L'accesso può però aversi anche in completo riposo, nel sonno.

Cause provocatrici e sintomatologia dell'accesso non differiscono di molto dalla comune angina pectoris; mancano l'angoscia, la paurosa sensazione di prostrazione, di annichilimento. Trattasi quindi, come riconosce in una rivista critica A. Ceconi (*Minerva Medica*, 15 marzo 1922), non già di differenze sostanziali, qualitative, ma solo quantitative. Analogamente si deve riconoscere unica la patogenesi, sia essa da ricercare nella coronarite, nella miocardite, aortite, neurite, ecc.

Grande importanza va attribuita all'ambiente organico, essendo le aortalgie legate talvolta alla sifilide e bene spesso a malattie del ricambio, il diabete e specialmente la gotta.

Per la *cura* sintomatica si somministrano i nitriti, sia in forma di nitroglicerina in soluzione, sia con l'inalazione di 2-4 gocce di nitrito d'amile, contenuto in fialette; il distanziamento degli accessi può ottenersi con l'uso sistematico della teobromina e dei suoi preparati.

Per modificare il terreno artrico vengono consigliati gli antineuralgici ed antireumatici (preparati salicilici, piramidone), la cura con le acque di Karlsbad; in casi di aortite specifica, il trattamento con joduri ed arsenobenzoli associati al mercurio può dare ottimi risultati. La cura chirurgica (asportazione dei gangli cervicali medio ed inferiore e del primo toracico del simpatico di sinistra) tentata arditamente e con successo da Jonnesco, non ha avuto imitatori.

Importante è il trattamento psichico ed igienico, consigliando l'astensione dal tabacco, dall'alcool, dai piaceri sessuali. *fil.*

Sintomi di appendicite nella pericardite acuta.

H. Fussell e J. Kay (*Am. Journ. of med. Sciences*, gennaio 1922) riportano tre casi di pericardite acuta, in fanciulli dai cinque ai dodici anni, nei quali fu diagnosticata anche un'appendicite, in base al dolore nella fossa iliaca destra, specialmente localizzato al punto di Mac Burney, alla sensibilità addominale, ad una certa tensione muscolare, al vomito. In un caso anzi, in primo tempo fu fatta diagnosi di sola appendicite, a cagione dell'inizio con sindrome addominale. L'ulteriore decorso, e in un caso l'autopsia, dimostrarono che in nessuno dei tre casi si trattava di vera appendicite.

Gli AA. ricordano pure un caso autentico di appendicite, nel quale subito dopo l'operazione si sviluppò una pericardite, per dimostrare che le due affezioni possono coesistere, nel qual evento l'indicazione operatoria va discussa da caso a caso.

Secondo Mac Federan il dolore della pericardite può manifestarsi all'epigastrio, con immobilità del diaframma, nausea e vomito; secondo Fussell può non di rado essere riferito alla regione appendicolare.

Secondo Wynter nelle pseudoappendiciti di origine polmonare e pleurica i movimenti respiratori addominali mancano da un sol lato, in quelle di origine pericardica mancano bilateralmente, però la sensibilità addominale e la vera difesa muscolare fanno generalmente difetto.

Gli AA. deducono che nella diagnosi differenziale di ogni sindrome appendicolare bisogna tener conto non solo della polmonite e della pleurite, ma anche della pericardite.

Il dolore e la tensione muscolare andrebbero considerati, secondo gli AA. come riflessi viscerosensorio e visceromotorio: l'irradiazione del dolore all'epigastrio è la più frequente, più rara al braccio, ancor più rara alle pareti addominali inferiori. DORIA.

Gli effetti terapeutici del salasso.

Oltre all'effetto puramente meccanico, il salasso agisce in vari modi sull'organismo: esso provoca leucocitosi, cambiamenti nella coagulazione, iperglicemia, mobilizzazione degli anticorpi ed alterazione nella dispersione dei colloidi del siero (colloidoclasia dei francesi). Tutto ciò sta ad indicare che il salasso agisce come una forma di proteinoterapia. Rimane ancora da determinarsi quale sia la causa prima di tale proteino-terapia, se l'idroemia subitanea, che ne risulta, se il passaggio dell'azoto residuale dai tessuti nel sangue, se la distruzione delle cellule labili (epatiche, endoteli splenici) oppure il ritorno all'equilibrio colloidale nel plasma.

Sopra un altro effetto del salasso richiamano l'attenzione W. F. Peterson e S. A. Levinson (*Journ. am. med. Association*, 28 genn. 1922), riguardo cioè al bilancio nell'essudato del polmone consolidato, fra la quantità di enzimi presenti (proteasi ed ereptasi provenienti dalla desintegrazione dei leucociti) e gli antifermenti del plasma e dell'essudato.

Quando la concentrazione degli enzimi vince l'inibizione dei fluidi dei tessuti, incomincia

la proteolisi e ne segue la crisi. Ora il salasso ha un'influenza diretta su questo bilancio, per mezzo di richiamo da liquidi dai tessuti, per la diminuzione degli antifermenti nel siero, per l'aumento delle acidità nell'essudato.

Il salasso ha quindi indicazioni fondate su basi logiche e potrà dare in parecchi casi risultati clinici, non ottenibili con altri mezzi.

fil.

L'eserina nella terapia interna.

P. Moutier (*Paris médical*, 1921, n. 49) ha usato con successo l'eserina nelle aerofagie, nelle nausee, specialmente degli ptosici denutriti, contro la vertigine gastrica e le lipotimie dopo i pasti, contro certe emicranie, nel mal di mare. Tale rimedio serve pure bene nelle tachicardie, specialmente in quelle da morbo di Flajani-Basedow, ed in quelle susseguenti ai pasti, che si osservano nei dispeptici. Nell'ipertiroidismo essa calma l'ansietà delle crisi di cardiopalmo e contribuisce a calmare l'eretismo nervoso. Occorre però ritenere che essa è il rimedio del malessere, non già del dolore, e darà quindi buoni risultati nei disturbi d'origine simpatica, nelle crisi del plesso solare, ma sarà impotente contro il dolore dell'ulcera o del cancro.

L'A. consiglia la formola seguente:

Salicilato neutro (o solfato) di eserina . cg. 1
Glicerina . . . . cmc. 3,5
Acqua distillata . . . . » 1,5
Alcool q. b. per cmc. 10.

Si danno XXX-LXXX fino a C goccie nelle 24 ore in 3 volte prima dei pasti: 50 goccie corrispondono ad un mg. di alcaloide. La *soluzione va tenuta in bottiglia colorata*, perchè si altera alla luce.

Non vi sono controindicazioni, talvolta però l'effetto manca completamente. *fil.*

La morte improvvisa.

Nell'abbondante letteratura su questo argo mento, si trova una preponderanza dei maschi sulle femmine, una notevole frequenza di arteriosclerosi ed una relativa scarsità di casi in cui la morte improvvisa era attribuibile ad uno stato timico-linfatico.

Thorner (citato in *Medical Record* 10 dicembre 1921) ha raccolto 300 casi, verificatisi nella Svizzera, durante 4 anni, con una proporzione di 77 su mille morti: le donne erano in preponderanza sugli uomini. Dei 105 casi venuti all'autopsia nell'Istituto medico-legale di Basilea, l'A. fa tre categorie: nella prima non è stata riconoscibile la causa della morte; nella seconda le lesioni potevano essere o no la causa, nella terza era evidente il nesso fra lesione e morte. Fra questi ultimi il più spesso era in causa il sistema cardiovascolare: di 40 casi si avevano 15 lesioni valvolari, ipertrofia e dilatazione, 7 miocarditi, 7 mesarteriti luetiche. In 4 casi, tutti gli organi erano intatti, in molti altri si trattava di individui affetti da tubercolosi, carcinoma od altre malattie, in cui però non era possibile stabilire il meccanismo della morte.

Nei casi cardiovascolari è importante il rilevare che la morte non è sopravvenuta, come di solito, dopo un periodo di progressivo indebolimento: in parecchi la lesione era del tutto quiescente, l'individuo si trovava in piena salute, tanto che uno dei casi riguarda un giovane di 20 anni, occupato in passatempi sportivi. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1251) *Meningitis serosa.* — Al dott. L. T. da C., abb. n. 4796:

Le nostre conoscenze sulla etiologia e patogenesi della cosidetta *meningitis serosa* sono quanto mai scarse e incomplete. Sembra che si tratti di una sindrome da ipertensione, dovuta a una iperproduzione del *Liquor*.

La sintomatologia, essendo quanto mai equivoca, deve farsi soltanto per *exclusionem*.

Non esistono lavori speciali su questo argomento, ma soltanto qua e là brevi cenni.

Nella nostra Clinica il dott. Ayala sta occupandosi da qualche anno di questo argomento, e prossimamente darà alle stampe il frutto delle sue osservazioni. FUMAROLA.

(1252) *Sulla psoriasi.* — All'abbonato n. 5988:

Sulla patogenesi e sulla cura della psoriasi si consultino le relazioni ufficiali al IX Congresso della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia di G. VERROTTI ed E. ARMAN (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*) 1908, p. 137 e seguenti.

Non conosciamo metodi di cura specifica di queste dermatosi. Recentemente è stato enunziato il cloridrato d'emetrina per iniezioni (PRANTEB: *Wiener klin. Wochenschrift*, 1921, n. 25, pag. 203) ed il salicitato di soda al 20% per iniezioni endovenose (SACHS: *Wiener klinische Wochenschrift*, 1921, n. 16, pag. 158).

V. MONTESANO.

(1253) *Erpeti recidivanti.* — All'abbonato n. 1674 (1):

Le varie forme di herpes recidivante fra cui l'herpes facciale, vengono abitualmente dallo

zoster tipico: il Neiscer peraltro li raggruppa tutte in una stessa categoria.

Non si conosce una cura radicale dell'herpes recidivante. Alcuni consigliano l'arsenico somministrato per molti mesi di seguito:

V. MONTESANO.

(1254) *Cura arsenicale della sifilide.* — All'abbonato n. 8266 (1):

Possiamo consigliare: LA CAPÈVE: *Le traitement de la Syphilis par les composés arsénicaux*, Masson et C.ie, Parigi, 1922, 3ª edizione, e EMERY: *Le traitement actuel de la Syphilis*, Parigi, Baillière, 1921. V. MONTESANO.

(1255) *Fisionomia delle manifestazioni sifilitiche prima e dopo l'introduzione degli arsenobenzoli.* — All'abbonato n. 4696:

Si consultino gli *Atti della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia* del 1913, e la collezione del *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, che alla fine di ciascuna annata è fornita di ampio indice analitico, e LA CAPÈVE: *Le traitement de la Syphilis par les composés arsénicaux*, Masson et C.ie, Parigi, 1922, 3ª edizione. V. MONTESANO.

(1256) All'abbonato 5087 da Manzano (Udine):

Usi il *cerotto vescicatorio*, fatto con empiastro di cantaridi applicato su tela, ungendo dapprima leggermente la cute con olio, che facilita la soluzione della cantaridina. Si assicuri prima che l'individuo non abbia lesioni renali. Il cerotto vescicatorio si trova in commercio già pronto, e può usarne nelle dimensioni che convengano (p. e. un quadrato di 10 cm. di lato). *fil.*

(1257) Al dott. L. Tomai da Udine:

1° BECCARI N.: *Elementi di Tecnica microscopica.* Soc. Ed. Libraria, Milano; D. CARAZZI e G. LEVI: *Tecnica microscopica.* Ibidem.

2° CALOT F.: *L'ortopedia indispensabile al pratico.* F. Vallardi, Milano. Veda anche la risposta 1914 a pag. 137 di quest'anno. *fil.*

(1258) Al dott. P. D. C. da S. P. in L.:

PREISWECK G.: *Odontojatria e malattie della bocca.* — METNITZ R. G.: *Trattato di odontojatria.* Ambedue pubblicati da F. Vallardi, Milano. *l. b.*

(1259) Al dott. C. G. da Bari:

Gli «Annales de Dermatologie et Syphilographie» si pubblicano a Parigi (IX), rue Balla, 17. D. C.

(1260) Al dott. V. R. R. di Derna:

Sulle trattazioni *d'igiene scolastica* veda la risposta data nel 1919, p. 469, sotto il n. 1065 di questa rubrica.

VARIA

L'optofono.

È un apparecchio ideato da E. F. Fournier d'Albe; ha lo scopo di rendere leggibili dai ciechi, per mezzo del senso uditivo, i testi impressi in caratteri tipografici usuali.

Ad ogni lettera corrisponde un tono musicale: occorre che il cieco apprenda a riconoscere i toni corrispondenti ad ogni lettera, ma il tirocinio è generalmente facile e breve.

Per trasformare i caratteri tipografici in suoni musicali od in combinazioni di suoni, Fournier d'Albe ricorre al selenio. Questo elemento possiede la proprietà di modificare la sua resistenza elettrica, secondo il grado d'illuminazione a cui è sottoposto. Sotto l'influenza delle varie illuminazioni riflesse dalle singole lettere, si determinano variazioni di resistenza nel selenio ed esse sono raccolte e tradotte da un sistema galvanometrico o da altri dispositivi del genere; possono anche agire su di un ricevitore telefonico, che traduce i «bianchi» e i «neri» dell'immagine in rumori percepibili dall'orecchio.

È quest'ultimo dispositivo che Fournier d'Albe utilizza. Tutti gli organi del suo apparecchio possono essere maneggiati dal cieco stesso che si serve dell'apparecchio. Il cieco riconosce le lettere, per l'insieme dei suoni che ciascuna di esse dà; giunge presto a tradurre anche l'insieme delle sillabe e delle parole; con l'ultimo modello di optofono costruito, un cieco è giunto a leggere 25 parole al minuto. La descrizione precisa dell'apparecchio è data da H. Marchand in *La Nature*. (La *Presse Médicale*, 16 aprile 1921). *a. p.*

Auto-chirurgia.

Il chirurgo americano Kane si è operato da sè, ultimamente, di appendicectomia; sono registrati altri sei interventi del genere (per i quali Emile Gautier ha proposto il nome di *autotomia*, ma Regnauld obbietta che non si tratta di un atto riflesso analogo a quello ben noto per cui i crostacei si amputano degli arti resi prigionieri, ma di un intervento ragionato, che più giustamente può esser detto di autochirurgia): 1890, Reclus si pratica l'estirpazione di un tubercoloma dall'indice destro con anestesia locale; 1895, un anonimo citato da Reclus si asporta un'unghia incarnata; 1897, Alden, appendicectomia; 1911, Fzaicu, cura radicale di ernia inguinale; 1911, Regnauld, idem, gli ultimi tre con anestesia rachidea; 1912, Mehemed Saib, cura radicale di varicocele con anestesia locale.

(*Pathologica*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il Congresso degli Ordini dei Medici.

Il 25 aprile, alle ore 10, si è inaugurato il VII Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici presso la sede dell'Ordine di Roma, in piazza Foro Traiano, 1.

Sono rappresentati con delega 63 Ordini su i 73 iscritti; hanno aderito quasi tutti i Deputati medici ed è presente il prof. Cirincione, presidente del Fascio medico parlamentare.

Assume la presidenza il prof. Silvagni che porge il saluto e l'augurio rituale e subito dopo il prof. Lugli, Presidente dell'Ordine di Roma, dà il benvenuto ai Congressisti, dicendosi orgoglioso di ospitarli.

Il Presidente svolge la *relazione morale* del Consiglio che pone in evidenza la completa organizzazione federale e tutta la valida e proficua operosità potuta così svolgere nella trattazione di tante importanti questioni d'interesse morale e materiale della classe medica. Esamina infine alcune critiche rivolte al Consiglio Federale, che risultano ad una serena discussione del tutto infondate.

Viene approvato per acclamazione il seguente ordine del giorno:

«Il Congresso rivolgendo un senso di vivo ringraziamento al Presidente, al Consiglio federale ed al rappresentante degli Ordini in seno al Consiglio superiore di sanità per la loro opera attiva e fattiva svolta imparzialmente a favore degli Ordini e di tutte le organizzazioni mediche di categoria, udita la relazione morale del Presidente l'approva, e passa all'ordine del giorno».

Si apre quindi la discussione sugli ordini del giorno presentati circa la sospirata *legge di modifica delle tariffe medico-legali*, tuttora indecorosamente vigenti, per cui di recente la classe medica nell'ultimo Congresso Federale si vide costretta a ricorrere all'ostruzionismo nelle operazioni peritali, quale forma di protesta, e secondo speciali norme atte a tutelare ogni interesse di terzi.

Varî oratori prendono la parola sull'argomento di tanto interesse per i medici e la discussione viene riassunta dal Presidente, il quale in vista dell'approvazione della Legge al Parlamento e della imminente relativa discussione al Senato chiede all'assemblea di pronunciarsi se l'ostruzionismo debba sospendersi o esser continuato fino alla promulgazione della Legge.

L'ordine del giorno per la sospensione dell'ostruzionismo viene approvato a maggioranza per appello nominale.

Segue la proposta dell'Ordine di Genova per la *modifica dell'articolo 9 dello Statuto della Federazione* relativamente ai *rappresentanti degli Ordini in seno alla Federazione* stessa, secondo cui il numero dei rappresentanti dovrebbe esser stabilito in base al numero effettivo degli iscritti in ciascun Ordine, prospettandosi ciò imposto dalle necessità di rappresentanza anche per le minoranze.

L'argomento apre un vivace e prolungato dibattito alimentato dal dubbio delle rappresentanze di categoria che nello spostamento numerico delle deleghe per ciascun Ordine possa aversi prevalenza dell'una o dell'altra parte, mentre tutti i rappresentanti di categoria reclamano d'accordo la più equa soluzione per esser sempre nella più armonica unione a studiare e risolvere i problemi d'interesse della classe medica.

Respinta la proposta di sospensione con mandato al nuovo Consiglio Federale di presentare una proposta dopo lo studio della questione e dei varî desiderata espressi viene rinviata la seduta a tarda ora perchè l'importante problema sia risolto con soddisfazione e con tutta equità.

Prima di proseguire nella discussione dell'argomento di modifica dello Statuto il Presidente, consentendolo l'assemblea, dà la parola al prof. Mingazzini di Roma che illustra il seguente O. del g.:

«Il Congresso degli Ordini dei Medici dà mandato alla Presidenza Federale di invocare dagli organi legislativi disposizioni speciali atte a meglio disciplinare le formalità per l'*internamento degli ammalati di mente nei manicomi nei casi di urgenza*, stabilendo l'obbligo della esibizione di un atto notorio, redatto innanzi a qualsiasi Autorità giudiziaria o di polizia, per attestare le ragioni della domanda stessa e per la migliore tutela del medico nel sereno esercizio della sua professione», ampliandolo per quanto riguarda i rapporti fra Medici alienisti, Direttori di manicomi o relative case private di cura ed Autorità giudiziaria.

La chiara esposizione di dolorosi fatti messi in luce dall'illustre alienista di Roma ottiene voto unanime dall'assemblea per reclamare una miglior tutela del decoro del medico nell'esercizio del suo dovere senza contrastar l'opera della giustizia che deve aver sempre corso normale ma pur senza venir meno al rispetto dovuto ad ogni sanitario.

Si approva il relativo ordine del giorno con la modifica che sia fatto obbligo alle Amministrazioni degli Istituti Sanitari di assicurare i medici per le responsabilità civili e che la tutela della Federazione sia anche vigile per i medici ospedalieri o di altri Enti di Stato, opera da svolgersi sempre dopo relazione ed invito dell'Ordine cui è iscritto il Medico interessato.

Si riprende la discussione della *modifica dell'articolo 9* dello Statuto esaminando sia la proposta formulata dalla Presidenza d'accordo con i rappresentanti delle varie categorie mediche secondo la quale si stabilisce una rappresentanza proporzionale per i vari Ordini, sia altre proposte di delegati al Congresso favorevoli alla rappresentanza sanitaria o contrari all'aumento di quoziente per gli Ordini con maggior numero d'iscritti.

L'ampio dibattito occupa un'intera seduta antimeridiana e si nomina infine una Commissione con l'incarico di rivedere la proposta presidenziale per modificarla secondo i voti e i pareri espressi dai vari Delegati.

Il presidente Silvagni presenta poi alla discussione e al voto una proposta per la dibattuta modifica, concretata dal Consiglio Federale d'accordo con i rappresentanti di categorie mediche. Poichè è unanimemente accettato il principio che tutte le categorie mediche siano rappresentate e che quindi i delegati al Congresso federale rechino la voce di tutti i medici iscritti nel proprio Ordine, necessita che nelle elezioni dei Consigli dell' Ordine siano equamente rappresentate maggioranza e minoranza. Ove ciò non sia al presente, vengano chiamati *ad latere* dei Consigli, in Commissione consultiva, i medici ora esclusi e sia dato modo anche ai piccoli Ordini di partecipare al Congresso affidandone la spesa alla Federazione.

L'art. 9 dello Statuto dovrebbe, perciò, modificarsi nel senso di attribuire ad ogni Ordine un rappresentante ed un voto ogni 200 iscritti; inoltre ciascun Ordine dovrebbe seguire il principio di rappresentanza nella rielezione dei Consigli amministrativi degli Ordini e dovrebbe elevarsi di lire 2 la quota sociale alla Federazione in vista delle maggiori spese per l'aumento di delegati chiamati così al Congresso federale.

Segue una larga discussione in merito all'onere finanziario nel bilancio degli Ordini per l'aumento richiesto, ma sopratutto perchè da un calcolo sommario, raffrontando il numero degli iscritti con i voti corrispondenti ammessi nella nuova proposta presidenziale, si osserva che gli Ordini dei grandi centri conseguirebbero un notevole aumento di voti, mentre gli Ordini che contano da 100 a 190 iscritti e che sono il maggior numero si vedrebbero diminuire di un voto.

Si formulano perciò varie proposte essendovi l'unanime accordo che il sistema vigente di rappresentanza sia modificato per l'enorme maggioranza concessa nell'insieme ai piccoli e medi Ordini e che quello proposto per converso sia ugualmente degno di critica.

Viene infine votato a maggioranza un Ordine del giorno nel senso che ciascun Ordine di medici avrà diritto a due rappresentanti e a due voti per i primi 200 iscritti o frazione di 200 successivi ed aggiungendo proporzionalmente un voto fino a raggiungere il limite massimo di sei voti. Si ammette inoltre che un delegato possa votare per i Colleghi assenti, ma ciascun rappresentante non può aver diritto al massimo che a 3 voti.

Dopo i chiarimenti forniti dal Cassiere e dal Tesoriere della Federazione sulla portata finanziaria del maggior tributo, si approva che la maggior quota sarà a carico del bilancio dell'anno 1923.

Indi l'assemblea plaude all'energica azione svolta dal Presidente che nella *vertenza dei Medici della Croce Rossa Italiana* con la relativa Presidenza, ha ottenuto l'adesione alla nomina di un Collegio arbitrale cui sarà deferito l'esame della questione.

E si passa all'importante tema: «*Ordini e Sindacati*». Gli ordini del giorno presentati e discussi riflettono le direttive sindacali dei Consigli degli Ordini, l'organizzazione sindacale della Federazione ed i suoi rapporti con i Sindacati medici, la relazione tra Associazioni o Sindacati di categoria e gli Ordini. I vari oratori riferiscono sull'opera svolta dai principali Ordini evidentemente oltre il limite segnato dalla legge per gli Ordini e più sovente di natura sindacale per dedurne che la mancanza di ogni contrasto d'autorità e il generale consenso indicano agli Ordini un programma sindacale.

Considerando tale indirizzo, seguito ampiamente altresì dalla Federazione, e la larga istituzione di Sindacati medici, si progetta e si discute la proposta di costituire un unico organismo che accolga tutte le varie categorie mediche che possano svolgere azione singola e collettiva federale.

Il Congresso plaude all'azione concorde degli Ordini con le varie Associazioni mediche per lo svolgimento di un programma sindacale ed approva l'indirizzo in tal senso seguito dalla Federazione.

Sull'argomento *Assicurazione obbligatoria contro le malattie* prende la parola il prof. Silvagni per le comunicazioni della Presidenza federale, secondo le quali nulla si può dire dei propositi del Governo in merito al progetto di legge, mentre può assicurarsi che niuna disposizione al riguardo sarà emanata con decreto ministeriale, ma solo per promulgazione di apposita legge da discutersi nei due rami del Parlamento.

Qualche delegato informa i colleghi sulla possibilità di presentazione di un nuovo disegno di legge sull'assicurazione contro le malattie, elaborato non dal Governo o nell'ambiente politico, ma da alcuni dirigenti della Confederazione del Lavoro e forse anche dal Partito Popolare. Replica il professor Silvagni per smentire questa voce. Sta di fatto che il voto altra volta espresso dall'assemblea di partecipare all'importantissima discussione con rappresentanze di categorie è stato accolto dal Governo per la vigile cura della Presidenza Federale, che può perciò assicurare al riguardo.

Accenna infine alla proposta di separazione dell'assicurazione malattia dall'assicurazione infortuni e dell'applicazione graduale della legge sulle malattie; proposta in massima contrastata.

Prendono la parola alcuni delegati per discutere su punti varî e generalmente ammessi nei varî disegni di legge, sulle modifiche altra volta proposte dai colleghi Martinelli e Silvagni, mentre altri rappresentanti di Ordini formulano e leggono dettagliati ordini del giorno.

La discussione che si prevedeva animatissima e lunga viene invece rapidamente conclusa con un voto dato dalla maggioranza ad una proposta di *sospensiva*, presentata da alcuni delegati che hanno prospettato l'intempestività di un'ampia discussione su un argomento lungamente trattato in precedenti adunate del Congresso, la mancanza di un definitivo progetto di legge, l'assicurazione che la classe medica sarà chiamata nella Commissione di studio del progetto. La Presidenza assume

impegno di convocare, occorrendo, anche urgentemente l'Assemblea e accoglie il voto unanime espresso dai rappresentanti dei medici italiani di porre in atto qualsiasi forma di protesta nel caso di promulgazione di una legge non rispondente al supremo interesse della pubblica salute e di tutta la classe medica.

Il prof. Silvagni ritiene infine opportuna la nomina di una Commissione consultiva che collabori con il Consiglio Federale e chiama a farne parte il dott. Martinelli per i medici condotti e il dottor Fatichi per i medici liberi esercenti.

Sul tema *Condotte mediche* riferisce ampiamente il dott. Martinelli, presidente dell'Associazione Nazionale Medici condotti. Si fanno voti circa la costituzione delle Commissioni giudicatrici dei concorsi; sull'approvazione della legge per la riforma della Cassa di previdenza onde favorire l'integrazione delle pensioni; sulle modalità per la compilazione dell'elenco dei poveri; sulla disagiata residenza e trattamento relativo.

L'assemblea plaude all'energica opera della Presidenza federale svolta presso l'Autorità tutoria per la trasformazione delle condotte piene. Al riguardo viene comunicata una lettera della Direzione Generale di Sanità che fornisce chiarimenti ed assicurazioni sulla modifica della condotta piena nelle Marche, regione finora resistente all'applicazione della condotta residenziale. Viene ad unanimità espresso il voto che sia impedito il crumiraggio nelle Marche.

Si procede quindi alla *rielezione del Consiglio Federale*, nel quale, per la prima volta, partecipano i 6 nuovi Ordini dei Medici costituitisi a Gorizia, a Gradisca, a Pola, a Trento, a Trieste, a Zara.

Il prof. Dal Ri, di Trento, presidente di un Comitato elettorale all'uopo nominato, propone la conferma del prof. Silvagni a Presidente ed a Consiglieri federali dei dottori Braccini, Garosci, Lazzè, Sara, Tognoli, Zambler. Consentendo l'assemblea di derogare dallo Statuto, la lista concordata viene approvata per acclamazione.

È pure approvata per acclamazione la proposta di considerare medici italiani i colleghi di Fiume, che vengono così inscritti nella Federazione con esonero da ogni contributo.

Poscia si approvarono il *resoconto finanziario* e il *bilancio consuntivo del 1921* e si deferisce alla Presidenza la nomina dei Revisori dei conti per il *prossimo esercizio finanziario*.

Sul progetto di *riforma del Consiglio superiore del lavoro* riferisce il dott. Campoli di Caserta e parla anche l'on. Capasso. Dimostrata la notevole importanza del contributo d'opera del medico nel nuovo Consesso si conclude con voto unanime che una rappresentanza della classe sanitaria sia chiamata a far parte del Consiglio nazionale del lavoro.

Segue ampia discussione sulla proposta del dottor Lombardo di Messina per la istituzione del *Ministero di Sanità*. I varî oratori sono in massima favorevoli all'accentramento in una unica Direzione superiore tecnica di tutti i servizi sanitari, divisi ora fra tanti Ministeri con attribuzioni e indirizzo vario spesso contrastanti con danno dell'alta finalità e specie nelle più gravi eventuali evenienze. La creazione di un Ministero, o come altri propone di un Sottosegretariato, fa sorgere opposizioni nel timore di dannose influenze politiche, o di frequente nocivo mutamento delle personalità preposte. È contrario anche il presidente Silvagni.

Si vota invece un ordine del giorno favorevole alla istituzione di un *Dicastero della Sanità*.

Il prof. Lugli illustra la proposta per la riforma della legge vigente per l'*applicazione delle imposte dirette*, in modo che Commissioni consultive, composte di rappresentanti nominati dalle singole categorie dei contribuenti, siano chiamate a fianco degli agenti per la più equa compilazione dei ruoli, ed informa inoltre sullo stato della pratica legale «Eredità Toscani», sollecitando il *nulla osta* da quegli Ordini che non l'hanno tuttora inviato, onde effettuare la transazione.

Gli Ordini di Rovigo, di Torino, di Napoli, di Forlì hanno presentato ordini del giorno di protesta contro il disegno di legge Corbino per l'*esercizio dell'Odontoiatria*.

Il Congresso unanime, dopo ampia discussione che rileva tutto il danno che ne potrebbe derivare per la pubblica salute e per la classe sanitaria, approva un ordine del giorno che suona aperta disapprovazione del progetto di legge Corbino.

Il prof. Bertazzoli, di Milano, Lupi di Roma ed altri parlano sulla *questione ospedaliera*. Si riconosce che tale questione, nei suoi diversi aspetti, varia da centro a centro e che specie nelle grandi città è sempre in aumento il disagio economico degli Enti ospedalieri e persistente lo sfruttamento di cui sono oggetto e i medici ospedalieri e l'opera di beneficenza da parte di gente che, munita qualche volta persino di falsi certificati di povertà, entra negli Ospedali, che dovrebbero invece, salvo casi eccezionali, essere riservati ai poveri. Si conclude affermando il principio che gli Ospedali siano riservati ai poveri e che nei centri, ove per ragioni economiche o altro giusto motivo è necessario visitare o ricoverare gli abbienti, ciò avvenga a pagamento secondo le tariffe stabilite dagli Ordini dei Medici, con una percentuale a vantaggio dei sanitarî, in modo che venga scongiurato ogni sfruttamento dei medici da parte delle Amministrazioni ospedaliere e ogni concorrenza ai liberi professionisti. Il relativo ordine del giorno approvato demanda al nuovo Consiglio Federale la compilazione delle disposizioni invocate dall'Assemblea.

Così pure allo studio del nuovo Consiglio Federale è affidata la proposta di pubblicazione dell'Albo Federale degli Ordini, di *modifica dell'articolo 3 della legge sugli Ordini* e circa l'*elezione dei Consigli Amministrativi;* di indagare su i possibili inconvenienti per la funzione di Presidente del seggio affidata per regolamento al Presidente

uscente, mentre non possono partecipare al seggio gli altri Consiglieri uscenti.

Il Congresso concordemente invoca che siano presentate direttamente dagli Ordini le proposte di nomina dei medici nei *Consigli sanitari provinciali;* che siano emanate disposizioni di legge per la concessione a prezzo di favore agli Ospedali, alle Cliniche e agli Istituti dell'*alcool ad uso medico e di laboratorio* e respinge infine a grande maggioranza un ordine del giorno proponente la netta differenziazione tra medico e veterinario.

Su proposta dell'on. Dore si approva un ordine del giorno perchè sia intensificata la *lotta antimalarica.*

Sul tema *pletora professionale* parlano vari oratori, quasi tutti contrarî all'albo chiuso, mentre la maggioranza è favorevole alla pubblicazione nelle scuole superiori degli albi professionali già cotanto pletorici e sopratutto a che siano resi più severi gli esami nelle Università.

L'Ordine di Torino, a mezzo del delegato dottor Molinari, ripresenta la questione più volte trattata, conforme il desiderato di molti altri Ordini, della *definizione dello «specialista».* Si invoca che il conferimento del titolo di specialista secondo apposita legge non possa esser fatto che per esame e per titoli.

Viene anche approvata la proposta dell'Ordine di Firenze che lo specialista chiamato a curare informi il medico curante.

L'Ordine di Roma, relatore il dott. Lupi, invoca la *revisione della legge sanitaria 1907,* specie nei riguardi della *vendita delle specialità farmaceutiche* che vien fatta attualmente senza alcuna ricetta medica, anche quando trattasi di medicinali contenenti alcaloidi o sostanze venefiche con evidente pericolo della salute pubblica e naturale danno della classe medica.

L'assemblea esprime poi il voto di associarsi all'iniziativa della Federazione Farmacisti ed altri Enti per lo studio di disposizioni legali atte a regolare l'enorme produzione di specialità medicinali, conforme la proposta del dott. Danioni di Novara.

Sul quesito posto dalla Presidenza, se cioè le *pene disciplinari* (censura, ecc.), stabilite dalla legge sugli Ordini, debbano esser pubblicate sul Bollettino della Federazione Medica, vale a dire in tutta Italia o solo nel Bollettino locale dell'Ordine, cioè con limitazione alla provincia, si apre ampio dibattito. Il Congresso, basandosi sul carattere della deliberazione consiliare che sancisce la punizione equivalente ad una sentenza, stabilisce che sia preferita la pubblicazione nel bollettino Federale.

All'unanimità si approva la proposta di un *contributo all'Istituto degli orfani dei sanitari,* dopo di che il Presidente dichiara chiusi i lavori del Congresso.

Il dott. Molinari, a nome di tutti i rappresentanti, propone un plauso alla intelligente ed ammirevole operosità del prof. Silvagni e bene augura per la concordia che ha unito tutte le categorie mediche nello svolgimento dei lavori del Congresso.

Il Presidente ringrazia invocando da tutti la più efficace collaborazione per tante importanti vittorie da conseguire nel comune interesse.

Assicurazione contro le malattie.

I Medici della Provincia di Vicenza nella assemblea straordinaria dell'Ordine tenuta il 30 marzo 1922, hanno votato il seguente ordine del giorno:

«Riconoscendo che la Legge sulla Assicurazione obbligatoria contro le malattie opportunamente conglobata con tutte le altre Assicurazioni sociali, trasformerà in vera funzione sociale la pubblica assistenza, la quale, bandito l'anacronismo vigente sul concetto della beneficenza diverrà, nella previdenza, strumento di solidarietà umana e di elevazione morale;

convinti che a tale elevazione morale la classe medica — che delle Assicurazioni sociali, da essa sempre propugnate, costituirà le colonne — debba con tutte le sue forze contribuire;

dànno mandato al Presidente dell'Ordine di sostenere in proposito nel prossimo Congresso degli Ordini i concetti sostenuti nei precedenti Congressi dall'Ordine di Vicenza e dalla grande maggioranza degli altri Ordini del Regno accettati, per i quali, con la salvaguardia dei diritti e degli interessi dei Medici, sono tutelati i diritti e gli interessi della comunità.

Contro il nuovo progetto per l'odontoiatria.

«Il Consiglio Amministrativo dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, nella sua seduta del 9 marzo 1922, preso in esame il nuovo progetto di legge per l'insegnamento della Odontoiatria, si dichiara unanimemente contrario a qualsiasi tentativo diretto a modificare il principio sancito dalla legge 31 marzo 1912, n. 298, che a tutela della salute pubblica e degli interessi della classe medica, richiede la laurea in medicina e chirurgia per l'esercizio della odontoiatria stessa.

E dà mandato alla Presidenza di spiegare presso le autorità l'azione necessaria a difesa del principio enunciato».

***

«Gli studenti della R. Università di Roma nella loro riunione dell'11 aprile 1922:

«esaminato il disegno di legge Corbino, n. 1239, per l'istituzione a Roma di una Scuola di Odontoiatria e protesi dentale e ritenuto che esso costituisca un danno ed una insidia agli interessi ed alle aspirazioni dei medici in generale e degli studenti in medicina in particolare;

si associano alle proteste formulate in questi giorni dai colleghi di Pavia, Milano e di Bologna;

respingono sdegnosi l'offesa fatta alla propria Università, sempre all'avanguardia di ogni progresso, servendosi di essa per sovvertire l'ordinamento degli studi universitari in base a idee ormai sorpassate;

protestano vivamente contro l'annunciato pro-

posito di valersi delle aule universitarie per convegni in appoggio di tali idee;

e fanno voti che a Roma sorga l'auspicata Scuola di odontoiatria, ma non a prezzo di così grave offesa a principî ormai radicati nelle leggi e nella coscienza del nostro Paese».

Primo Congresso dei Sindacati Medici.

Indetto dalla Federazione Italiana dei Sindacati Medici ed organizzato dal Sindacato di Napoli, nei giorni 26, 27 e 28 maggio avrà luogo in Napoli il 1° Congresso dei Sindacati Medici. Nell'importante convegno, al quale interverranno numerosi i medici di tutte le regioni d'Italia, saranno discussi i più vitali problemi che interessano la classe medica, quali: l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, la limitazione della iscrizione agli albi dei medici, le Federazioni professionali, l'unicità di carica, ecc.

Il Comitato organizzatore è composto dal professor Landolfi, presidente; dal prof. Marsiglia, segretario; e dai proff. Brodetti, Capasso, Donadio, De Vecchis, Giordano, Mauro, Picella, Razzano, Sepe, Sorgè, Sorrentino, Taliercio e Tritto, ed ha sede in via Depretis, 31.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9385) *Nomina a medico condotto.* — Dott. E. P. da N. — La giurisprudenza del Consiglio di Stato si è più volte pronunziata nel senso che, formatasi la graduatoria per la nomina del medico condotto, il Consiglio comunale debba fermarsi sul primo graduato. Tale giurisprudenza non è stata mai contradetta, ma, anzi, si è estesa, applicandola alla nomina degli altri impiegati comunali.

(9386) *Consulti - Stabilità.* — Dott. A. G. da B. — L'articolo di capitolato da Lei citato impone al medico condotto l'obbligo di accettare il consulto proposto dalla famiglia, previa designazione, di accordo, dell'ora e del giorno della riunione, ma non impedisce al condottato il diritto di rifiutare la persona proposta. Insomma, non si può rifiutare il consulto, ma si può dire che non si gradisce farlo con la persona proposta. La giurisprudenza del Consiglio di Stato è oramai concorde nel ritenere che il servizio prestato prima del concorso è valutabile nel biennio di prova necessario per l'acquisto della stabilità. Se il capitolato dice il contrario, è per quella parte annullabile, in quanto sarebbe contraria alla legge. Provochi un deliberato dell'Amministrazione del Consorzio, con cui si dichiari Lei stabile a norma di legge. Se tale deliberato non sarà approvato dalla Prefettura, si opporrà regolare ricorso per far decidere autorevolmente dagli uffici superiori un caso, che, del resto, non è nuovo, e che è stato sempre finora risoluto nel modo anzidetto.

(9387) *Tassa focatico.* — Dott. A. B. da C. — Alla tassa focatico sono soggetti tutti coloro che risiedono nel Comune e, quindi, anche il medico condotto. Nulla ha da vedere con la tassa focatico la imposta di R. M. ed il contributo Monte pensione.

(9388) *Ufficiale sanitario e Levatrice.* — Dott. S. C. da P. — Fra ufficiale sanitario e levatrice condotta la legge non stabilisce alcun rapporto disciplinare.

(9389) *Servizio militare - Pensione.* — Dott. A. D. L. da C. — Il servizio militare con interruzione di carriera (come nel caso) è calcolato utile agli effetti della pensione al solo fine del raggiungimento del diritto, ma non nella valutazione effettiva della pensione. Non si possono quindi riscattare gli anni di servizio passati sotto le armi.

(9390) *Inscrizione alla Cassa di previdenza - Stabilità.* — Dott. L. D. V. da P. — Per iscriversi alla Cassa di previdenza occorre avanzare analoga domanda all'Ufficio sanitario provinciale. I due anni di servizio interinale, se sono seguiti dalla nomina a base del concorso, sono calcolati come utili per l'acquisto della stabilità.

(9391) *Pensioni - Contributo - Campagne di guerra.* — Dott. M. S. da V. — Durante la guerra il Comune avrà pagato, come per legge, i contributi da Lei dovuti per la pensione; è, quindi, ora giusto che ne chieda il rimborso. Per effetto dell'articolo 2 del D. L. del 4 settembre 1916, n. 1207, sono computati, in aggiunta del servizio con diritto a pensione, quali distinte campagne di guerra la frazione di anno solare 1915, e gli anni solari e frazioni di anni solari 1916 e successivi. Ogni campagna di guerra è valutata per un anno di servizio agli effetti della pensione.

(9392) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. R. da M. — Non essendo migliorate le condizioni di vita si continua a corrispondere agli impiegati governativi e, quindi, anche a quegli degli enti locali, il 1° caro-viveri. Non sarebbe poi possibile sopprimere tale indennità tutto ad un tratto senza apportare un sensibile squilibrio nella economia domestica di un impiegato, che deve, col solo stipendio, provvedere a tutti i bisogni della vita.

(9393) *Infortunio agricolo.* — Dott. L. G. da G. — L'infortunio riportato da un contadino in seguito al crollo di un pavimento della casa colonica non può essere annoverato fra gli infortunii agricoli.

(9394) *Vaccinazione.* — Dott. L. T. da S. — È bene che il Comune adibisca un pubblico locale per eseguire le vaccinazioni, a risparmio di tempo sia per il vaccinatore che per i vaccinandi. Se, però, il locale manca, od il Comune non provveda, il medico condotto deve andare nelle singole case per praticarle.

(9395) *Ritenute sullo stipendio.* — Dott. O. B. da D. — L'esattore sullo stipendio si deve ritenere l'ammontare dell'imposta di R. M., il contributo Monte pensioni e gli addizionali per gli invalidi di guerra. Nel servizio a scavalco, il Comune, dove ha sede il medico, deve trattenere le medesime contribuzioni, mentre l'altro trattiene solo ricchezza mobile ed accessorii.

(9396) *Contributo Monte pensione.* — Dott. L. R. da F. A. — Il Contributo Monte pensioni è finora rimasto invariato in lire 132 annue.

(9397) *Tassa esercizii - Assistenza sanitaria agli invalidi di guerra.* — Dott. P. P. da F. — Il medico condotto interino, anche se l'interinato è di pochi mesi, deve pagare la R. M. e la tassa di esercizio in quanto al lucro dell'esercizio professionale libero. Gli invalidi di guerra sono curati a carico dell'Opera Nazionale dei combattenti per fatti dipendenti dallo stato di guerra. Per il rimanente, sono assimilati ai malati comuni per cui, se sono inscritti nell'elenco dei poveri, vanno curati gratuitamente dal medico municipale.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARDENNO (*Sondrio*). — Consorzio con Valmasino: L. 1250, doppio c.-v., L. 2000 cav., L. 900 indenn. trasp. Scad. 11 maggio.

BARI. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario dei comuni di Bari e di Bisceglie e dei mandamenti di Capurso, Canneto e Grumo Appula. L'eletto per i comuni di Bari e Bisceglie sarà pure, con l'approvazione del Prefetto, capo dell'Ufficio igienico sanitario comunale; l'eletto ai Consorzi mandamentali suddetti, sarà pure capo dell'Ufficio sanitario mandamentale d'igiene e sanità e delle singole sezioni dei comuni associati. Titoli ed esami. Documenti alla Prefettura non più tardi delle ore 12 del 30 giugno. Per chiarimenti rivolgersi agli Uffici della Prefettura.

BERGAMO. *Istituto Rachitici.* — Medico-chirurgo primario: L. 3600 nette di R. M. e 50 % sull'importo atti operativi ai ricoverati paganti agiati; biennio; 5 conferme quinquennali non oltre 60 anni. La nomina è di esclusiva competenza del Consiglio d'Ammin. previo giudizio di apposita Commiss. tecnica. Docum. al Consiglio (via Mazzini, 3) non oltre le ore 15 del 14 mag. Titoli in ortopedia. Servizio entro un mese.

CASALMORANO (*Cremona*). — Proroga al 15 mag.; L. 6500 oltre L. 2000 per 1000 pov. e addizion. di L. 2; L. 400 uff. san.; L. 1500 mezzo trasp.; L. 2400 di c.-v. e L. 23 mensili di supplem. per lo stesso titolo. Capitolato tipo.

CASALOLDO (*Mantova*). — Proroga a tutto il 15 mag. Età lim. 45. Circa 2000 ab. Serv. entro 15 g. L. 9000 e c.-v.

FASANO (*Bari*). — A tutto 15 maggio, poveri frazioni, L. 1700; in corso approvazione aumento lire 4000 con 4 quadrienni di lire 800 e quattro di lire 600, oltre due c.-v. e indenn. cavalc. L. 1500.

GUARDEA (*Perugia*). — Al 20 mag.; L. 6000, doppio c.-v., L. 200 per uff. san. Situaz. di famiglia. Serv. entro 10 giorni.

MODENA. *Municipio.* — Capo della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Municipale d'Igiene; a tutto il 31 mag., ore 17.30; età limite 39 non compiuti. L. 7800; 3 trienni e 2 quinquenni di L. 700, oltre a un aumento di L. 1000 dopo 10 anni; doppio c.-v.; percentuale sulle analisi. Titoli ed esami.

PALAZZOLO (*Siracusa*). — Scad. 15 maggio. L. 5500 e 5 quadr. di L. 500 p. 1500 pov., L. 100 ogni gruppo di 50 pov. in più fino a 2000.

PORDENONE. *Ospedale Civile.* — A tutto il 15 mag., medico capo reparto Medicina: L. 7000 e assegni temporanei c.-v. Età massima 45. Quattro anni in clinica od ospedale civile. Saranno esclusi dal concorso e decadranno eventualmente dalla nomina i sanitari con vincoli di parentela fino al 4° grado con i sanitari e impiegati stabili del Pio Luogo. Serv. entro un mese.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Il Ministero dovrà provvedere, in relazione con le esigenze dei servizi sanitari nella Tripolitania e nella Cirenaica, all'assunzione in servizio di alcuni medici coloniali. Per norma dei sanitari che possano avervi interesse si avverte che presso le RR. Prefetture (Uffici dei Medici Provinciali) è visibile una copia delle «Norme riguardanti l'assunzione in servizio ed il trattamento economico dei Medici, Veterinari Coloniali».

S. ANATOLIA DI NARCO (*Perugia*). — Consorzio con Scheggino; a tutto il 15 maggio; L. 8000 e c.-v. per 1000 pov., L. 2000 resid. disag., eventuale indenn. resid. povera; tre quinq. decimo. Ab. 2000. Serv. entro 15 g.

S. VENANZIO (*Perugia*). — A tutto 10 mag., 1ª cond.; L. 6000 p. pov. e semi abbienti, c.-v., lire 3000 cav., L. 1500 disag. resid.; assicurazione. Servizio entro 20 giorni.

SULSIO (*Bergamo*). — Consorzio con Bottameo e Medolago; ab. 4500, pov. 900 circa; L. 6500, doppio c.-v., p. uff. san. L. 500, p. mezzo trasp. L. 500. Scad. 11 maggio.

VOLTERRA. *Congregazione di Carità.* — Medico assistente nel Manicomio di S. Girolamo. Scad. 31 maggio. Età massima 45. Certificato di competenza tecnica. L. 10,500 e 5 quadr. del decimo; L. 800 indenn. alloggio; due c.-v. di L. 100 mens. ciasc., ridotti a L. 165 complessiv. se l'eletto è celibe. Chiedere annunzio.

Medico-chirurgo, trentenne, abruzzese, pratico interinati montagna, cerca buono interinato, rimunerativo, salubre, ovunque, di lunga durata. Dirigere offerte: dott. Giandomenico Piermarini, medico-chirurgo - Bagni della Porretta per Castel di Casio (Bologna).

Medico giovane, pratico condotta, perfezionato in Ostetricia e Malattie dei bambini, cerca interinato rimunerativo per il 15 giugno. Scrivere: dottor G. Busacca, via Rattazzi, 22 - Roma.

Diffide.

Nuove diffide: Villongo-S. Filastro-Foresto Sparso (Bergamo), Santa Maria Capua Vetere (Caserta), Talamona-Forcola (Sondrio).

Revoca di diffide: Ardenno, S. Remo (Dispensario), Ostra, Rodda, Castions di Strada.

Nuovo boicottaggio: interinato della 3ª condotta di Celano (Aquila), a favore del dott. Carlo De Paulis.

Revoca di boicottaggio: Suisio.

Acquisterebbesi letto chirurgico e sedia in buone condizioni. Per eventuali offerte rivolgersi al dott. A. Savino, via Emanuele Filiberto, 166 - Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Premio Franco-Italiano della Società dei Chirurghi di Parigi.

(Fondazione Garibaldi).

Questo premio per il miglior lavoro di chirurgia di guerra di autore francese o italiano, è stato aggiudicato al dott. Felice Rossi, che fu direttore dell'Ospedale di guerra 52 C. R. I. in Carnia, per il suo libro: «Le ferite del torace d'arma da fuoco in guerra».

Al concorso, che fu annunziato nel *Policlinico* del 7 novembre 1921, presero parte una ventina di chirurghi italiani e la Commissione, dispiacente che il regolamento non abbia permesso di dividere il premio per ricompensare altre memorie di grande valore, tiene a citare fra queste: «Le ferite di guerra dell'addome» del dott. Emanuele Santoro di Napoli e «Le lesioni osteo-articolari da arma da fuoco di guerra» del dott. Leo Eustacchio di Pisa.

Il dott. Felice Rossi è chirurgo primario dell'Ospedale di Forlimpopoli e docente nella Università di Bologna.

PREMI GIROLAMI.

Il Bollettino del Min. P. I., 30 marzo u. s., riporta che per decreto min. i due premi ordinari della fondazione Girolami per le migliori dissertazioni presentate nell'anno scolastico 1919-20, sono stati assegnati ai dottori Giuseppe Aiello e Diego D'Amico, rispettivamente per le tesi «La glicemia nei rapporti colla funzione renale» e «La siderosi dell'occhio».

***

Il prof. Luigi Sironi, assistente nella Clinica pediatrica della R. Università di Roma, in seguito a concorso è chiamato al posto di primario nell'Ospedale dei Bambini di Brescia.

Congratulazioni ed auguri al valoroso pediatra.

Il dott. Lorenzo Coleschi ha conseguito la libera docenza per titoli in Radiologia medica ed Elettroterapia, svolgendo brillantemente la lezione di prova: «Indagine radiologica delle vie urinarie».

La Commissione, presieduta dal prof. Pestalozza, era composta dai proff. Ghilarducci, Sgobbo, Perez e Vallebona.

All'egregio amico rallegramenti cordiali.

Il nostro valente collaboratore dott. Pietro Gilberti, di Bergamo, ha testè conseguito la libera docenza in patologia chirurgica.

Rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE.

V Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro.

Lo studio delle quistioni della Medicina del Lavoro ha richiamato l'attenzione di medici, igienisti, sociologi, industriali che si occupano della prevenzione, della cura e della riparazione della invalidità che il lavoro delle industrie e dei campi apporta alle classe lavoratrici.

Il V Congresso Nazionale della Medicina del Lavoro, che sarà tenuto in Firenze dall'11 al 14 giugno prossimo, ha trovato un largo consenso fra coloro che si interessano dei problemi della protezione igienica della razza ed il Comitato organizzatore confortato dai validi appoggi morali e materiali già ottenuti sta lavorando alacremente perchè il Congresso assurga a quella importanza che i problemi sociali richiedono e dia un valido contributo allo studio ed alla conquista di sapienti disposizioni legislative atte a riparare l'ingiusto trattamento fatto ai lavoratori colpiti da malattie professionali in confronto degli infortuni.

Ricordiamo che i temi ufficiali sono:

L'igiene agraria del dopo guerra con speciale riguardo alla malaria (prof. A. Monti);

Nuove e vecchie vedute sugli avvelenamenti da piombo (prof. C. Biondi);

Sull'organizzazione dei turni di lavoro (dottor Masi);

Per la riforma delle leggi infortuni (sarà distribuito a stampa);

Orizzonti di etica medico-sociale (prof. L. Borri).

Per il miglior esito del Congresso saranno svolte quelle comunicazioni di indole scientifica e sociale inerenti al Congresso stesso; i titoli delle comunicazioni dovranno essere inviati al Comitato nel più breve tempo possibile, e non oltre il 15 maggio perchè possano essere inclusi nel programma.

Notevoli autorità politiche hanno dato già la loro adesione e presenzieranno il Congresso, che sarà inaugurato con l'intervento del Ministro per il Lavoro.

In attesa della compilazione e promulgazione del programma completo si può fin d'ora annunziare che terminati i lavori del Congresso verranno fatte delle gite istruttive ad una delle miniere di zolfo della Romagna ed ai Bagni di Montecatini. È stata pure organizzata un'esposizione di apparecchi preventivi per infortuni sul lavoro.

I Congressisti fruiranno di riduzioni speciali ferroviarie dal 50 al 60 %: sarà loro concesso l'ingresso per la visita alla Mostra Primaverile, all'Esposizione nella Galleria Pitti ed alla Fiera internazionale del Libro.

Un'apposita Commissione otterrà le migliori facilitazioni per gli alloggi ed il vitto.

Le quote di iscrizione fissate in L. 25 per i congressisti, in L. 15 per i famigliari e L. 50 per gli Enti dovranno essere inviate non oltre il 1° giugno direttamente al Comitato Esecutivo presso l'Ufficio Comunale d'Igiene, via Cavour, n. 8 - Firenze.

Il Comitato avverte inoltre di inviare la corri-

spondenza all'indirizzo succitato per qualsiasi informazione o chiarimento interessante il Congresso.

VII Centenario della R. Università di Padova. — Una mostra di apparecchi scientifici.

Nella ricorrenza del VII Centenario del grande Ateneo, che sarà solennemente celebrato dal 14 al 17 maggio, un Comitato speciale, presieduto dal prof. Emanuele Soler, preside della Facoltà di Scienze, ha organizzato una Mostra di Apparecchi scientifici, che vuol essere non solo una nobile gara fra gli studiosi ed i produttori di materiale scientifico, per la quale verranno destinati appositi premi, ma ancora l'esaltazione dell'attività esplicata dall'industria in sussidio allo studio e alla ricerca.

A questa Mostra speciale è riservata una vasta parte della Grande Fiera Campionaria annuale, che a Padova si svolge negli ampi e grandiosi fabbricati stabili in cui la stessa Fiera ebbe già risultati assai soddisfacenti.

La Mostra Scientilca si svolgerà dal 14 al 31 maggio: comprenderà 10 gruppi, tra cui i seguenti:

1. Strumenti di precisione di lunghezza, masse, tempi, temperature, pressioni, ecc. (cronografi, cronoscopi, comparatori, catetometri, sferometri, bilancie, calorimetri, pirometri, termometrografi, apparecchi per alte e basse temperature, apparecchi per alta pressione e per il vuoto, ecc.).

2. Strumenti d'ottica (microscopî, ultramicroscopî, refrattrometri, spettroscopî, spettrografi, apparecchi per metallografia e micrografia, apparecchi cinematografici applicati all'indagine scientifica, ecc., e tutti gli accessori relativi).

3. Strumenti d'acustica per applicazioni scientifiche.

4. Strumenti di elettricità, magnetismo ed elettromagnetismo (elettrometri, campioni di unità di misura, forni elettrici per laboratori, apparecchi per radiotelegrafia e radiotelefonia, strumenti registratori delle intensità, tensioni, frequenze e potenze, oscillografi, ecc.).

5. Strumenti di fisiologia, psicometria, biologia, medicina e chirurgia (apparecchi diagnostici, per endoscopia, radiodiagnostica, elettrocardiologia: apparecchi per terapia, elettroterapia, radioterapia profonda, diatermia; apparecchi per chirurgia speciale; apparecchi per sterilizzazione, ecc.; apparecchi registratori e grafici per fisiologia, spirometri, pulsometri, sfigmomanometri, sfigmografi, ergografi; apparecchi di ottica ed acustica fisiologica; apparecchi di esplorazione degli organi dei sensi, ecc.).

6. Apparecchi speciali per analisi chimica, microchimica, elettrochimica; analisi dei gas, ecc.).

7. Vetrerie scientifiche.

Per il trattamento dei mutilati.

Allo scopo di esaminare i diversi problemi che si riferiscono ai mutilati si sono riuniti a Ginevra nella prima quindicina del marzo u. s., i delegati della nazioni già belligeranti (Germania e Polonia comprese); l'Italia era rappresentata dal professor Ettore Levi, membro del Consiglio superiore di Sanità, dal prof. Carozzi, capo del servizio di igiene dell'Ufficio internazionale del lavoro e dal sig. Mammalella, presidente dell'Associazione nazionale dei mutilati ed invalidi di guerra.

Le decisioni prese riguardano essenzialmente la creazione di un servizio di documentazione e di ricerche scientifiche nel campo della protesi e dell'ortopedia e l'organizzazione di una esposizione degli apparecchi relativi. Questi servizî debbono avere carattere internazionale, utilizzando per essi il lavoro già compiuto da altre organizzazioni; essi vanno messi praticamente a disposizione degli interessati, mentre poi i migliori tipi di apparecchi debbono essere presentati in esposizioni ambulanti da organizzarsi in occasione di congressi di medici o di mutilati.

È inoltre necessario assicurare il beneficio della protesi, ortopedia, assistenza medica agli invalidi di guerra residenti fuori dei propri paesi; a tale scopo, in attesa di convenzioni internazionali, si debbono subito stabilire convenzioni fra Stato e Stato, in modo che l'invalido possa usufrure dei beneficî che lo Stato in cui dimora accorda ai proprî invalidi.

Gli esperti hanno chiesto all'Ufficio internazionale del lavoro di comunicare a tutti i Governi le conclusioni precedenti, di mettere a loro disposizione la documentazione che può loro essere utile e di esercitare ogni azione possibile per assicurare nelle convenzioni il rispetto dei principî ammessi.

Le riunioni hanno avuto un carattere di elevata cordialità essendo tutti gli esperti animati dal proposito di recare i maggiori benefici agli invalidi di guerra, ed in generale agli infermi, allo scopo di diminuirne i dolori e di accrescerne la capacità di lavoro.

Le Associazioni dei mutilati avevano anche chiesto che si tenessero in considerazione i tubercolotici di guerra, che percepiscono pensioni insufficienti, mentre sono nella impossibilità di trovare lavoro: tale questione però non risulta nelle conclusioni. *fil.*

Per le specialità terapeutiche.

Allo scopo di disciplinare con una legge, nel pubblico interesse, la produzione e il commercio delle specialità medicinali, è stata costituita e si è adunata presso la Direzione Generale della Sanità pubblica una Commissione presieduta dal senatore Paternò e composta dai signori comm. Pugliesi per il Ministero delle Finanze, cav. Santoro per il Ministero dell'Industria, comm. Druetti, comm. Natoli e prof. Spica per il Ministero dell'Interno, dott. Chiappa per gli Ordini dei farmacisti, proff. Belfanti e Serono per gl'industriali. La Commissione ha delegato ad una sottocommissione, composta dai signori Natoli, Serono e Santori, l'incarico di preperare e redigere un abbozzo di disegno di legge; e dopo aver raccolto dai rappresentanti le classi interessate l'esposizione dei loro desiderata, ha approvato, nella redazione definitiva, il lavoro fatto, il quale disciplina tutta la

materia nei riguardi della produzione e del commercio, della importazione e della esportazione.

Ciclo di conferenze sull'Anafilassi.

Per iniziativa dell'Istituto Sieroterapico Milanese nell'Aula Magna dei RR. Istituti Clinici di Perfezionamento in Milano (via Commenda, 12) si terrà una serie di lezioni, affidate ai professori Belfanti, Cesa Bianchi, Cesaris Demel, Comba, Fichera, Frugoni, Lustig, Micheli, Rondoni e Zironi, sull'importante tema della anafilassi e della ipersensibilità, con particolare riguardo alle sindromi cliniche di natura anafilattica (Generalità e storia - Lesioni anatomiche - Anafilassi da siero - Anafilassi alimentare - Asma bronchiale anafilattico - Anafilassi in chirurgia - Emoglobinuria parossistica - Anafilassi nelle tubercolosi - Fenomeno paradosso - Tachifilassi - Sintesi). Queste lezioni, alle quali sono invitati tutti i medici, si svolgeranno entro l'8 ed il 30 maggio, lunedì, martedì e giovedì di ogni settimana, dalle 17 alle 18.

Corso teorico-pratico di Biologia patologica.

Questo corso si terrà nella sede dell'Istituto Sieroterapico Milanese dall'8 al 19 maggio 1922 ed i signori medici che lo frequenteranno potranno contemporaneamente assistere alle lezioni sull'anafilassi che si svolgono nella medesima epoca per iniziativa dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

Le lezioni di Biologia Patologica avranno luogo ogni giorno, eccezione fatta del sabato e della domenica, dalle 9 alle 12 e dalle 14 alle 17. Ogni lezione si comporrà di due parti: la prima teorica della durata di circa un'ora, e la seconda pratica della durata di due ore. Durante quest'ultima gli iscritti al corso faranno delle esercitazioni sierodiagnostiche sotto la guida e sorveglianza degli insegnanti.

Il numero degli iscritti è limitato a 20. La tassa da versarsi all'atto dell'iscrizione, e non restituibile, è di L. 200. In detta tassa sono comprese tutte le spese inerenti alle esercitazioni.

La domanda di iscrizione al corso — redatta su foglio di carta da bollo da L. 1 e accompagnata da un certificato di conseguita laurea — deve essere indirizzata alla Direzione dell'Istituto Sieroterapico Milanese. Dalla Direzione degli Istituti Clinici verrà rilasciato alla fine del corso il certificato di frequenza.

Richiedere il programma dettagliato alla Direzione dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

Casellario centrale degli infortuni.

Con decreto reale è stato recentemente costituito il Casellario centrale degli infortuni, col compito di raccogliere e di catalogare opportunamente tutte le schede inerenti ad infortuni sul lavoro implicanti una invalidità permanente. Con questo nuovo organismo si mira a raggiungere un ulteriore e sensibile coefficiente di moralizzazione delle leggi infortunistiche, mentre l'ampia raccolta di materiale cui esso attenderà darà modo di seguire, in base ad elementi di inconfutabile valore, i vari aspetti statistici, demografici, tecnici delle leggi contro gli infortuni fornendo così la possibilità di condurre studi integrativi sulla applicazione e sull'efficacia delle leggi medesime. Alle spese inerenti al nuovo servizio sarà provveduto con contributi a carico degli Istituti assicuratori in base alla ripartizione che ne farà il Comitato direttivo ragguagliandola al costo reale delle singole gestioni.

Venerdì 28 aprile u. s. moriva GUGLIELMO FABBRI.

Per essere stato organizzatore e capo per molti anni del Servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato, per le sue pubblicazioni su argomenti di medicina sociale, per la sua opera perseverante ed efficace nella profilassi della malaria, Egli era ben noto ai medici italiani, che ne apprezzavano l'alto intelletto ed il sentimento profondo.

La larghezza e la lucidità delle sue vedute, la solidità e la varietà della sua cultura scientifica e letteraria, la dolcezza e l'umanità del suo tratto, ne facevano un uomo affascinante.

Allievo apprezzato ed amato del Murri, esordì la sua carriera esercitando la medicina con incoraggiante successo. Consigliato dal Maestro dovette, per ragioni di salute, abbandonare l'esercizio professionale ed entrò a far parte del corpo medico della Società Ferroviaria per la Rete Adriatica. Si affermò ben presto, divenendo l'intelligenza animatrice di quell'organizzazione che Egli seppe con pazienti fatiche e con rara abilità condurre a tanto che, quando le Ferrovie passarono all'esercizio statale, era già un modello di servizio invidiato da tutte le Amministrazioni ferroviarie estere.

Ma il programma sanitario ferroviario non era per il Fabbri che una parte, non doveva costituire che un *esempio spronatore,* come dicono gli americani, di un più vasto piano.

Di schietta fede democratica, Egli, attraverso l'esperimento ferroviario, tendeva a dimostrare la possibilità dell'applicazione in Italia della legge di assicurazione contro le malattie, della quale, fino agli ultimi giorni, fu strenuo propugnatore.

Innamorato appassionato del suo paese, Egli sognava la redenzione dell'Italia dalla malaria. Ed attraverso il risanamento delle linee ferroviarie malariche voleva dimostrare e dimostrò con i fatti la possibilità della bonifica di tutte le plaghe palustri.

A render nota questa dimostrazione attendeva negli ultimi anni della sua vita, quando nel riposo burocratico raccoglieva le fila del lavoro compiuto.

I dolori che il destino gli prodigò senza pietà, le controversie, le lotte che gli procurarono la sua carica non valsero mai a spegnere o a far vacillare la fiammella dei suoi ideali.

La morte di un figlio annegato in pieno oceano, in seguito a siluramento, l'accorò, non l'abbattè.

Anche quando nelle ultime settimane della sua vita le tenebre gli incombevano minacciose, sapeva trarre dalla sua cultura umanistica, dalla fede nei destini dell'umanità e dell'Italia, la fiamma pura per illuminare la sua notte.

Guglielmo Fabbri fu un uomo di fede e di amore. E con l'amore e la fede sosteneva sè stesso e sospingeva gli altri.

Molto amava perchè molta aveva fede.

Amava la professione medica, perchè scevro di ogni scetticismo volgare, riconosceva nell'arte sanitaria l'efficace soccorritrice dell'umanità dolorante; amava i colleghi perchè ne conosceva tutti i dolori e ne apprezzava i meriti.

E nessuna occasione Egli trascurò per valorizzare l'opera dei medici, tutto Egli fece perchè fosse equamente compensata. I giusti vantaggi ch'Egli seppe ottenere per i medici ferroviari furono molti e notevoli.

Sulla tomba di Guglielmo Fabbri i medici italiani possono ben deporre il puro fiore della riconoscenza.

Noi che di Lui fummo estimatori ed amici devoti offriamo il tributo del nostro profondo dolore.

G. DRAGOTTI.

Col più vivo cordoglio annunziamo la morte del prof. GIUSEPPE MAZZA, titolare ordinario e direttore della Clinica dermosifilopatica nella R. Università di Pisa.

Laureato, con premio, nel 1883 nell'Università di Genova, fu dapprima assistente di materia medica col prof. Albertoni e poi di clinica dermosifilopatica col prof. Campana. Nel 1892 ebbe l'incarico di clinica dermosifilopatica a Cagliari: nel 1896 vi fu nominato straordinario e nel 1898 fu chiamato a Modena ove raggiunse l'ordinariato.

Da tre anni dirigeva la Clinica d. s. di Pisa: ivi lo ha colto la morte in età non avanzata e quando ancora la sua mente, che si mantenne vigile ed alacre fin quasi agli ultimi giorni, avrebbe potuto rendere notevoli servigi alla scienza ed all'insegnamento.

La sua produzione scientifica, se pure non abbondante, fu sempre improntata a rigore di metodo ed a scrupolosità di ricerca. All'insegnamento dedicò le sue cure più assidue creando valorosi allievi, di cui qualcuno è già alla soglia della cattedra.

Di carattere vivace ed aperto, di animo nobile e sereno. G. Mazza tenne sempre alta la dignità del clinico e del maestro, esercitò la professione con supremo decoro ed infinito disinteresse e seppe veramente farsi amare da quanti ebbero con lui intimità e dimestichezza.

Alla desolata famiglia inviamo le nostre più sincere condoglianze. VINCENZO MONTESANO.

Vittima del dovere, è morto a Napoli il chirurgo prof. comm. GIOVANNI NINNI, direttore di quell'Ospedale dei Pellegrini: egli nell'operare un operaio colpito da gravissimo flemmone, per un brusco movimento del soggetto si ferì al polpastrello di un dito col bisturi infetto e contrasse una sepsi che lo ha ucciso fulmineamente. Il Ninni contava 58 anni; era docente di medicina operatoria; aveva ideato e attuato nuovi interventi; lascia pregiate pubblicazioni. In questo stesso numero diamo il breve resoconto di una sua comunicazione all'Accademia Medica di Napoli.

Fu alle battaglie d'Adua e di Maclam-Tuglut, quale direttore della Croce Rossa, e portò opera alacre e generosa nel Terremoto Calabro-Siculo.

C.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 15 Maggio 1922 Fasc. 20

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

CONFERENZE.

La terapia proteiniea (aspecifica) nella pratica e nella teoria

per il prof. SERAFINO BELFANTI
direttore dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

(Continuaz. e fine; v. fasc. precedente).

II.

Le prove sperimentali della proteinoterapia sull'uomo, le quali siamo venuti rapidamente accennando nella prima parte onde mostrare l'ampiezza di questi nuovi metodi ed il valore pratico dei risultati clinici ottenuti, ci stanno anche ad indicare che l'antica concezione di azione e reazione specifica nella lotta tra organismo e bacterio non è più sufficiente a dare una spiegazione dei fatti che da tale terapia prendono consistenza e valore, poichè essi varcano quei confini e limiti che il passato concetto d'immunità racchiude.

Nei trascorsi trent'anni gli studiosi hanno creato l'edificio della immunità specifica ammettendo una corrispondenza completa tra l'antigene stimolante l'azione immunitaria e l'anticorpo prodotto, corrispondenza che si riteneva esatta quale di chiave a serratura.

A quelle forme aberranti di immunità non specifica constatate qua e là non si aveva voluto dare un peso, limitandosi a considerarle come eccezioni alla regola, come fenomeni singolari, circoscritti e quindi di non necessaria spiegazione o spiegabili con un'azione paraspecifica, per affinità di gruppi proteici omologhi contenuti negli antigeni.

L'affinità specifica, dominatrice assoluta del campo, per le estesissime ricerche e conferme sperimentali accumulati in un lungo periodo d'anni, corroborava il suo attivo anche col concetto clinico delle malattie.

Ogni morbo infettivo rappresenta anche per il medico una unità di sede, di decorso, di risoluzione, di sintomi caratteristici e quindi specifici che dava il marchio sicuro ad esso anche quando non si conoscevano ancora i germi causali e quindi rendeva possibile, anche allora, una esatta diagnosi.

Le risultanze cliniche della terapia aspecifica non hanno distrutta l'immunità specifica, poichè nessuno può negare la realtà del concetto specifico degli anticorpi, ma ne hanno semplicemente ampliati i confini, stabilendo che a lato al processo specifico si svolge

un'altra serie di fenomeni i quali, mediante un meccanismo che non è quello di una immediata neutralizzazione di antigeni coll'anticorpo, portano al risultato della guarigione, supremo scopo della terapia.

È qui sia detto una volta per sempre che il negare alla terapia specifica il valore che in molte forme morbose solo ad essa compete, è azzardoso per non dire dannoso. La terapia specifica ed aspecifica possono completarsi a vicenda, ma non sostituirsi, perchè la prima è diretta contro il germe, la seconda contro lo squilibrio colloidale dovuto all'infezione ed alle proteine eterogenee: in un primo tempo quindi è ai sieri ed ai vaccini specifici che bisogna chiedere aiuto, in un secondo tempo invece ai mezzi aspecifici.

Nella prima parte di questo lavoro sono esposte le conseguenze tangibili che si ottengono durante un'infezione dall'iniezione endovenosa sia di un antigene specifico, sia di uno aspecifico od eterogeneo ed abbiamo constatato che i risultati terapeutici, con l'uno o con l'altro metodo, siano in un numero grandissimo di casi molto somiglianti tra loro. Dicendo simiglianza di risultati non vogliamo ancora dire identità di meccanismo: una differenza, infatti, deve pur esistere perchè alcune forme morbose *non possono essere vinte se non dal siero omologo* (tetano, difterite). La specificità stretta tra antigene ed anticorpo può essere talvolta evidente solo in una data specie d'animale, mentre l'intervento aspecifico può condurre al risultato terapeutico in un'altra specie: così ad es. *nell'infezione carbonchiosa dei bovini è necessario il siero anticarbonchioso specifico, che invece è meno necessario nell'uomo, potendo per questo forse bastare la terapia aspecifica.*

I sintomi fondamentali che le due terapie hanno in comune sono, come abbiamo detto, il brivido, la cefalea, il rialzo febbrile, i disturbi vasomotorii generali o localizzati, la leucopenia transitoria con la susseguente iperleucocitosi, la iper- o ipocoagulabilità del sangue; questo periodo di iperattività morbosa termina in un caso come nell'altro con sudori profusi, crisi urinaria e caduta della febbre.

Il suddescritto quadro generale, più o meno intenso a seconda del caso, consegue di regola all'iniezione endovenosa di una proteina eterogenea e serve di prototipo per il nostro studio; quello che tiene dietro alla iniezione sottocutanea è meno evidente, essendo *più lento nella sua evoluzione ma in compenso anche meno pericoloso.*

L'intensità dei sintomi è legata a varie cause: alla quantità delle proteine iniettate, alla loro natura — essendo più violenta l'azione delle proteine batteriche, meno quella delle proteine native del siero, del latte, ecc. — alla via prescelta per l'iniezione, alla sensibilità maggiore o minore del soggetto iniettato verso una data proteina, sensibilità che può essere una ipersensibilità naturale (idiosincrasia) od artificiale per iniezioni precedenti (allergia vaccinale di v. Pirquet, fenomeno paradosso di Behring e Zironi, anafilassi da siero). Lo svolgersi dei sintomi può assumere un'imponenza tale da determinare fenomeni di collasso e perfino la morte per asfissia, per emorragia interna, per supposta trombosi dei capillari, ecc.; possiamo, insomma, trovarci d'innanzi ad uno stato che per la rassomiglianza con lo *shock* nervoso delle grandi operazioni ne ha preso anche il nome.

Raffrontando questa sindrome proteinica con quella ben nota dell'anafilassi, la quale anch'essa si distingue per l'azione sui leucociti, sulla pressione sanguigna, sulla iper- o ipocoagulabilità del sangue, sulla caduta della temperatura o sul rialzo di essa, sulla funzione circolatoria, cutanea, ecc., noi vi troviamo molti punti di contatto.

A maggiore corrispondenza tra le due forme noi troviamo anche nell'anafilassi due ordini di fenomeni che decorrono paralleli come nella terapia coi sieri e coi vaccini; troviamo cioè un'anafilassi specifica ed una aspecifica. Il quadro della prima si presenta esclusivamente nell'animale specificamente sensibilizzato con un dato antigene; quello della seconda è riservato all'animale sensibilizzato con antigene eterogeneo. Non è necessario qui ricordare i fattori per molto tempo ritenuti indispensabili alla formazione di quel veleno (anafilatossina) che si riteneva essere la causa dell'intossicazione e della morte per anafilassi, veleno che era ritenuto un prodotto di disintegrazione dei proteidi dell'antigene per opera di un enzima proteolitico fabbricatosi dietro stimolo dell'antigene nel corpo dell'animale sensibilizzato.

Sappiamo ora che questa supposta azione proteolitica può essere sostituita da quella di complessi colloidali i più disparati e di natura non proteica, dove quindi la disgregazione dei proteidi per enzimi non è possibile.

Non possiamo qui dimenticare come il Kraus abbia creduto di trovare una corrispondenza tra questa fenomenologia anafilattica e quella che si osserva nell'animale (cane, coniglio) in seguito all'iniezione endovenosa di peptone. I fenomeni della intossicazione peptonica era-

no già stati stabiliti dall'Albertoni ed affermati nelle loro linee principali dal Fano; al Kraus spetta però il merito di averla messa in correlazione con la anafilassi e di averne dimostrati i punti di contatto ed i caratteri anafilattoidi.

Quantunque siasi combattuto e discusso a lungo se le due intossicazioni si soprappongono per un meccanismo unico, è ormai dalla maggioranza degli studiosi accettato che le due sintomatologie si avvicinino troppo tra loro per poterle differenziare nel loro meccanismo, quello cioè di scatenare l'*ictus* e le alterazioni del sangue.

Tutto questo va ricordato, perchè tra le varie proteine usate nella cura di malattie infettive il Nolf, il Valagussa, ecc. hanno dato la preferenza al peptone, onde provocare con esso quella crisi alessica che conduce a guarigione gli stati infettivi e suppuranti.

Non è illogico supporre, quindi, che l'*ictus* proteinico indotto dal peptone nel malato abbia molti punti di contatto con quello anafilattoide o anafilattico che lo stesso prodotto determina nell'animale sano e che ci venne fatto conoscere dal Fano, dal Kraus, dal Luzzato.

D'altronde non dobbiamo dimenticare che al Friedberger risale il concetto secondo il quale i sintomi clinici delle malattie infettive non sarebbero se non una fenomenologia da anafilassi specifica, cioè da anafilatossina formatasi *in vivo* per distruzione dei bacteri causali mediante l'opera di fermenti proteolitici che l'organismo segrega a sua difesa.

Ora, una delle conseguenze più importanti della formazione di anafilatossina nel corpo dell'animale è, secondo gli studi del Friedberger, la febbre.

Nel fenomeno della guarigione d'una malattia infettiva per proteino-terapia specifica od aspecifica noi troviamo come uno degli effetti più considerevoli il rialzo febbrile che susségue ordinariamente l'iniezione. Taluni osservatori (Micheli) insistono, anzi, sulla necessità di questo sintomo; perchè si esplichi l'azione benefica il Konteschweller arriva perfino a fare assurgere a metodo la terapia febbrigena.

La terapia proteinica porta naturalmente, come l'esperienza lo dimostra, al rialzo febbrile. Le sostanze che provengono dalla disgregazione bacterica od albuminica, per opera degli elementi di difesa dell'organismo, influiscono sui centri termoregolatori eccitandone l'azione o deprimendola, come tra tutti ha dimostrato Vaughan. Le ricerche del Friedberger e del Moreschi stabilirono sperimentalmente che, a seconda della dose di anafilatossina introdotta in un organismo, si può ottenere o un abbassamento rapido della temperatura (collasso) od una elevazione fino alla iperpiressia.

Il Centanni, che fin dal 1893 aveva studiato queste sostanze chiamandole *pirotossine*, supponeva che si trattasse di un prodotto unico, non proteide, di costituzione chimica ben definita, comune a tutti i bacteri; il Moreschi invece stabilì il carattere di veleni specifici e riuscì a svelenarle con anticorpi specifici, per cui queste pirotossine avrebbero la natura di antigene e quindi di proteide.

Sappiamo ora che il carattere pirogeno non è esclusivo a questi soli prodotti, ma che lo possiedono anche altri composti che non sono tali, ma che sono però in generale, come le sostanze proteiche, di tipo colloidale; così, ad es., i metalli colloidali, gli arsenobenzoli, ecc. Sappiamo pure che anche semplici soluzioni saline possono provocare febbre se iniettate in individui a centri termoregolatori d'equilibrio molto instabili, quali ad es., i tisici e tubercolotici.

***

Nelle malattie infettive il sintomo febbre rappresenta per il medico e per l'ammalato l'elemento essenziale della forma morbosa scomparso il quale si ritiene che il malanno si sia dileguato o stia per dileguarsi.

La febbre è il fenomeno classico per eccellenza nell'intossicazione proteica, mentre essa non è necessaria alla produzione di anticorpi; noi riusciamo, infatti, ad immunizzare ed a ottenere la formazione di questi senza la più piccola elevazione di temperatura. Tra febbre, quindi, e produzione di anticorpi non vi è rapporto e se la febbre giova nell'infezione non è perchè essa solleciti la formazione di sostanze antagoniste nel senso immunitario, ma perchè deve agire in qualche altro modo più come conseguenza che come causa del fenomeno.

Seguendo questo concetto si dovrebbe nelle malattie da infezione prendere in considerazione diversa il fatto locale che si determina in un organo o in un tessuto partecipante alla flogosi, da quello generale rappresentato dalla febbre e dalle conseguenze che ne sono l'appannaggio. In linea di massima possiamo, come fa il medico pratico, ritenere guarito dall'infezione l'individuo quando il fenomeno febbrile è scomparso, poichè con questo il malato ritorna a quel senso di benessere e di euforia che godeva nella salute.

Prendiamo ad es. in considerazione nel loro esito migliore due malattie infettive, la polmo-

nite che guarisce spontaneamente per crisi ed il tifo guarito pure per crisi, ma artificialmente con la cura proteinica.

Studieremo il meccanismo di entrambe fin dove sarà possibile senza però pretendere di arrivare alla soluzione del problema della guarigione, poichè dobbiamo dire anche noi con molta ragionevolezza col grande Galileo: « La « natura è inesorabile ed immutabile e nulla « curante se le sue recondite ragioni siano o « non siano esposte alla capacità degli uomini, « per lo che ella non trasgredisce mai i termini « delle leggi impostele ».

Noi queste leggi le andiamo tastando e quando crediamo di conoscerle l'esperienza ulteriore dimostra che ci è apparsa solo una parte infinitesimale della verità.

***

Il quadro clinico dell'infezione da pneumococco di Fränkel nell'uomo presenta al suo inizio molte rassomiglianze col quadro di una intossicazione da proteidi batterici: brivido iniziale, rialzo febbrile rapido, fatti vasomotorii specialmente a carico dei capillari polmonari che sono la sede della localizzazione dei pneumococchi, ipercoagulabilità del sangue da assorbimento lento; fenomeni questi che scompaiono dopo 5-7-9 giorni in seguito ad una caduta rapidissima della febbre per crisi, della durata di poche ore, accompagnata da quella *perturbatio critica* che conoscevano già gli antichi medici e che ricorda con verosimiglianza l'*ictus* proteico, lo *shock* anafilattico sopradescritto.

Il fatto fondamentale che nella polmonite ha sempre colpito il clinico è che avvenuta la crisi l'ammalato si sente guarito, mentre l'ingombro polmonare per il versamento negli alveoli dei globuli rossi, dei leucociti, della fibrina è ancora tale da tenere epatizzato tutto un lobo ed anche i due lobi del polmone. *La malattia non è nell'organo*, riconoscevano già gli antichi, *ma nell'organismo*.

Nel tifo, malattia anch'essa ad andamento ciclico, il quadro clinico è ben diverso: il periodo d'invasione è lungo, quello di stato può protrarsi anche qualche settimana e la risoluzione si fa lentamente per lisi, lisi talvolta molto prolungata; una durata di 4 settimane e più non è infrequente. Questo è il decorso della febbre tifoide che noi studiamo nei trattati e che fummo abituati di osservare al letto dell'ammalato.

Come abbiamo osservato nella prima parte di questo scritto, la proteino-terapia sconvolge queste tradizioni e noi constatiamo come possa il tifo cambiare ciclo, ottenendosi per essa la caduta della febbre, con un equivalente della crisi pneumonica, anche in seconda settimana, in un periodo cioè nel quale sono ancora in via di evoluzione i fatti ulcerativi intestinali e quelli insediati in altri organi che l'anatomia patologica della tifoide ci ha insegnato a conoscere.

La guarigione del tifo per crisi, in seguito all'iniezione di proteine batteriche, costituisce certamente un fatto nuovo ed insospettato nel campo della terapia, quantunque forse i tifi abortivi, riconosciuti già nel passato, possano avere origine da un meccanismo identico a questo nella sua azione.

Tanto nella polmonite che nel tifo noi osserviamo un cambiamento e naturale e artificialmente prodotto della malattia; si potrebbe dire, anzi, una guarigione se con questa parola si vuol intendere quella temperatura normale, quel senso di euforia che distingue lo stato dell'individuo sano da quello del malato. Nonostante questo rapidissimo mutamento nello stato generale lo stato della malattia locale persiste ancora negli organi colpiti che soltanto più tardi ritornano alla norma.

A spiegare il sopravvenire della crisi nella polmonite ancor oggi qualcuno invoca la produzione intensa di anticorpi nel focolaio pneumonico. Questi anticorpi immessi nel circolo neutralizzerebbero le pneumotossine e dopo lo svelenamento dell'organismo si produrrebbe la guarigione. Noi sappiamo però ormai, in base a molte ricerche, che questi anticorpi sono insufficienti a spiegare la crisi pneumonica; per di più è stabilito da prove indiscusse come, avvenuta la crisi e il malato essendo in via di guarigione, il pneumococco permane, vivo e virulento, nel tessuto epatizzato e nel catarro della colliquazione polmonare. Non è probabile quindi che agli anticorpi specifici si possa far risalire il fenomeno della crisi, ad essi però possiamo e dobbiamo attribuire l'arresto nel sangue di quelle pneumococcemie che accompagnano buon numero di polmoniti e che per primo descrisse il Belfanti.

Con tutto questo però non si può e non si deve negar fede al valore curativo che possono esplicare certi sieri antipneumonici specifici. La specificità di questi si è, anzi, imposta maggiormente in questi ultimi tempi in base allo studio accurato che fecero dell'infezione pneumonica gli studiosi americani, i quali distinguono vari tipi di diplococchi ognuno dei quali richiede per la sua distruzione un siero specifico. L'azione specifica del siero antipneumonico, quale è dimostrata in numerose prove biologiche sull'animale, non può, senza uno

scetticismo insulso, essere negata nell'infezione dell'uomo.

Ma impedire col siero specifico l'ulteriore sviluppo nell'organismo del germe infettivo non vuol dire ancora, bisogna convenire, curare la polmonite. Infatti, i recenti esperimenti fatti da Neufeld nella scimmia con vari tipi di pneumococchi dimostrano che in questi animali si può provocare per infezione tracheale una polmonite lobare tipica, ma che la guarigione dei focolai polmonari e l'infezione generale non decorrono parallele tra loro: questa può essere vinta dal siero mentre il focolaio pneumonico è ancora invaso da germi virulenti e può condurre alla morte.

Questo fatto è d'altronde già noto da tempo agli studiosi, essendo notorio che accade nell'infezione pneumonica lo stesso che accade in altre infezioni, ad es., nell'infezione tifoidea. In quest'ultima, pur essendo avvenuta la guarigione, si possono trovare per lungo tempo bacilli tifici vivi e virulenti; gli anticorpi specifici in tal caso possono bensì impedire una nuova infezione generale ma non riescono ad ostacolare la formazione di piccoli focolai locali.

La guarigione d'una malattia non dipende quindi soltanto dalla produzione di sostanze agglutinanti o batteriolitiche, di anticorpi insomma, e dalla scomparsa dei germi per opera di essi; essa consiste in uno stato generale di difesa più vasto e più complesso che si forma nell'organismo e per il quale non soltanto i bacteri stessi ma anche gli squilibri umorali da essi arrecati vengono arrestati nella loro azione e nelle loro conseguenze.

Questo duplice svolgersi dei fatti che conducono alla guarigione è implicito nel concetto odierno del meccanismo delle malattie infettive che si ritiene avvenga in due momenti: l'intossicazione iniziale data dalla proteina batterica al primo dissolversi dell'agente morboso a contatto dei tessuti; l'intossicazione secondaria data dalle proteine cellulari dell'organismo invaso, le quali proteine, diventando alla loro volta sostanze eterogenee, accrescerebbero e manterrebbero la forma morbosa. Sono dunque due antigeni causali diversi che possono spiegarci il perdurare di una malattia anche a germe scomparso o neutralizzato dal rispettivo siero specifico; con questo concetto appare logico l'insuccesso cui può andare incontro anche un'ottima terapia specifica quando viene disarmata dall'intossicazione secondaria.

Antichi e coscienziosi studi avevano già fatto supporre al Carbone a proposito della polmonite, come in questa malattia l'agente iniziale fosse bensì il pneumococco di Fränkel, ma il quadro clinico fosse dovuto ad un complesso di modificazioni del sangue indotto dalla distruzione nel focolaio pneumonico dei leucociti ed alla successiva liberazione di una sostanza chimica, ben definita dal Lilienfeld, il *nucleoistone*, avente azione sulla coagulazione del sangue. Egli opinava che l'iniezione dell'istone provocasse una nuova specie d'immunità non diretta contro i germi, ma neutralizzante l'azione nociva di uno o di alcuni dei prodotti di distruzione delle cellule.

Il Centanni pure aveva insistito in parecchie pregevoli pubblicazioni sull'importanza dei tossici secondari nelle malattie, quando questi avevano ancora scarsi fautori.

L'immunità intravveduta dal Carbone nel 1902 non era, in fondo, che una proteinoterapia aspecifica.

La crisi nella polmonite è con probabilità provocata da questa forma d'intossicazione secondaria da proteine organiche diventate eterogenee e non ha forse relazione con l'agente causale pneumonico che rimane qualche tempo immutato nel polmone anche a guarigione avvenuta.

***

Il meccanismo della defervescenza brutale che caratterizza la guarigione di questa malattia è sempre rimasto misterioso e rimane pur ora coperto d'un fitto velo. Solo l'osservazione della crisi provocata nel tifo dall'iniezione di proteine batteriche ci può aprire, per correlazione di fatti, uno spiraglio di luce. Qui noi siamo certi che la caduta rapida della febbre e la conseguente guarigione, indotta dalla proteina, è accompagnata da un *ictus* cui Widal ha dato il nome di *emoclasia*, ad indicare lo sconvolgimento che tale atto provoca nella crasi sanguigna, alterando di colpo i rapporti tra i vari componenti del siero.

La proteina introdotta è, quindi, causa di tale fenomeno o direttamente per la sua stessa costituzione, o indirettamente per prodotti di scissione che da essa dipendano e con essa sono in rapporti.

Il primo concetto ci conduce a considerare la crisi quale risultato d'un'azione d'interferenza colloidale, cioè d'un'azione reciproca tra i colloidi del sangue e quelli introdotti, seguendo le norme che regolano tali miscele e che portano a maggiore o minore dispersione dei colloidi stessi, secondo le leggi chimico-fisiche che ne mantengono la sospensione. Il secondo ci conduce invece a considerare il fenomeno come una di quelle forme che noi raggruppiamo

sotto il nome di anafilassi e che consideriamo come dovute a digestione parenterale delle proteine introdotte. Per l'immediatezza del fenomeno noi dobbiamo scartare l'intervento d'una pletora di anticorpi, creati di colpo a neutralizzare il tossico, per la formazione dei quali è necessario un periodo di latenza d'una certa durata.

Studi recenti ed antichi ci fecero conoscere che gli anticorpi formati *in sità* e quelli che possiamo introdurre con abbondante somministrazione del siero antipneumonico, se bastano a troncare la setticemia che ben spesso accompagna la polmonite, non hanno però influenza sulla risoluzione dei focolai e sulla scomparsa del pneumococco di Fränkel dal lobo epatizzato.

La fibrinolisi o cellulolisi del materiale sanguigno essudato che si constata nel periodo risolutivo della epatizzazione e che arriva fino alla formazione di peptone — peptonuria postpneumonica —, passando in un dato momento in circolo potrebbe rappresentare il fenomeno parallelo alla proteinoterapia o peptono-terapia nel tifo, col conseguente *ictus* analogo alla crisi: ma con questo non sappiamo ancora il perchè nella polmonite la crisi intervenga il più ordinariamente proprio il settimo giorno di malattia e non in altra epoca.

Rappresenta questo spazio di circa sette giorni il periodo necessario alla formazione di anticorpi nella malattia da siero, oppure il periodo preanafilattico utile alla sensibilizzazione per lo *shock* anafilattico?

Gli anticorpi che dovrebbero intervenire nello speciale caso della polmonite non sarebbero quindi quelli diretti contro il germe, bensì, come già accennava il Carbone, contro le proteine dell'essudato, creando quelle condizioni di precipitabilità o di adsorbibilità tra anticorpo ed antigene messe in luce dal Bordet e di cui dovremo parlare più avanti, poichè sarebbero queste le condizioni necessarie alla flocculazione dei colloidi da cui si originerebbe la crisi considerata come fenomeno anafilattico.

Abbiamo già fatto osservare che taluni pretenderebbero di considerare la malattia, e sopratutto il fenomeno della febbre, quale stato anafilattico provocato dalla continua immissione in circolo di prodotti della disintegrazione proteica dei bacteri (endotossine) o della disintegrazione albuminoidea (propeptone, aminoacidi), per opera o di autoenzimi o di enzimi speciali di protezione (*Abwehrfermente*), di cui l'Abderhalden fu il principale sostenitore e per l'azione dei quali, secondo tale autore, l'organismo si sbarazzerebbe degli antigeni eterogenei.

A parte che questa idrolisi per digestione enzimatica nel circolo sanguigno dell'albumina nei suoi componenti abiuretici, tra i quali ve ne sarebbero dei velenosi (Vaughan), è un supposto più teorico che realmente dimostrato (Donati), che, anzi, venne provato inconsistente da molti osservatori, non pare ammissibile che una disintegrazione di tal genere possa svolgersi in pochi minuti, come richiederebbe un fatto così tumultuoso come lo è lo *shock* anafilattico (Bordet).

Molti negano la presenza e la produzione nel sangue di enzimi specifici per i singoli proteidi. La presenza di proenzimi o kinasi attivanti, quali sarebbero le stomosine del Centanni, non è accettata e neppure dimostrata; anzi, molti fatti tenderebbero ad escludere la loro attività nel sangue, per la ricchezza di questo in antifermenti destinati, appunto, a impedire la idrolisi degli albuminoidi.

L'unico enzima proteolitico (per non parlare dei fermenti che agiscono sugli idrati di carbonio e sui grassi) che passa nel sangue, assorbito a periodi dall'intestino, è quello pancreatico o triptico, la cui azione in circolo è però ostacolata dal forte potere antiproteolitico del siero normale (Boldyreff). Jobling, Petersen e Eggstein insistono nel ritenere che le sostanze capaci di trasformare il siero fresco in anafilatossina (bacteri, agar-agar, caolino, ecc.) favoriscono l'autoproteolisi di questo siero perchè *assorbirebbero l'antitripsina.*

L'ipotesi di veleni anafilattici (anafilatossina) da scomposizione proteica rapida è ormai tramontata, perchè nuove osservazioni, accumulate in questi ultimi anni, ne dimostrarono insufficienti le basi ed inesatte le deduzioni quale fenomeno dovuto a veleni liberati dalla digestione delle albumine.

L'azione del complemento sui bacteri, o meglio sui globuli rossi sensibilizzati, nel fenomeno dell'emolisi, che poteva servire da prototipo dell'azione litica fermentativa, possiede caratteristiche tali che la fanno differenziare da una vera e propria digestione (Bordet). Se poi l'iniezione parenterale od endovasale d'una albumina eterogenea avesse come conseguenza una rapida disintegrazione di esse per digestione, mal si comprenderebbe, ad es., l'azione del siero antidifterico. Noi sappiamo infatti che iniettandolo sotto la pelle ne ritroviamo al completo il valore antitossico nel siero di sangue dopo circa tre giorni; questo valore indi lentamente diminuisce per non potersi più svelare dopo circa un mese. Sappiamo d'altra

parte che il valore immunizzante va perduto se il siero subisce una minima alterazione per acidi o basi che deteriorano la natura delle globuline alle quali questo potere è legato, tanto più quando tale alterazione è data dai fermenti digestivi.

I concetti odierni, convalidati dall'esperienza, dicono che l'anafilatossina provoca un'unica sindrome qualunque sia la sua origine, *perchè la sua formazione avviene, non alle spese dell'antigene o delle proteine introdotte, ma per un'azione di contatto tra esse ed un siero fresco, escluso ogni intervento enzimatico conducente ad una proteolisi. Dobbiamo considerare il veleno anafilattico come un elemento preformato nel sangue, l'attività del quale allo stato fisiologico è equilibrata da altri componenti* (Bordet, Doerr, Sachs).

Lo scatenarsi della anafilassi sia come *ictus*, sia come malattia da siero, ecc., non è quindi dovuto ad un veleno vero è proprio, quale noi ritenevamo nel passato in base ad una erronea interpretazione dei fatti; ma è la conseguenza di uno stato specifico dell'organismo che noi veniamo creando artificialmente con iniezioni precedenti di siero o d'altri proteidi, o in modo naturale, con la moltiplicazione dei germi, i quali fatti determinano uno squilibrio nei colloidi del siero, procurando così con la malattia la febbre, che è una delle conseguenze più palesi di questo stato anormale dell'organismo.

Il concetto primitivo dell'anafilassi è andato ampliandosi in questi ultimi anni, ed ora esso abbraccia un vasto complesso di fenomeni e va confondendosi, con sfumature inafferrabili, coi più disparati fatti morbosi, per cui si può realmente dire che ogni manifestazione patologica dell'uomo trova oggi la sua ragione d'essere o vuol essere attribuita alla anafilassi.

Se questo nome fosse riservato alle forme che si originano dalle sensibilizzazioni specifiche, dalle quali è nato, relegando tra le anafilattoidi le forme non specifiche, come già fa qualche autore (Pesci), questo capitolo così interessante nella biologia ne guadagnerebbe in chiarezza.

Naturalmente l'ultima fase dell'anafilassi, lo *shock* propriamente detto, rimane uguale in entrambe le forme essendo dovuto al supposto fatto meccanico della precipitazione o flocculazione di alcuni dei colloidi meno stabili del siero e specialmente della euglobulina.

Alcuni autori, generalizzando questi fatti, giungono ad affermare che gli accidenti patologici hanno una origine comune: *la flocculazione dei colloidi* (Lumière, Couturier).

***

Le cause che inducono queste speciali sostanze (le quali più che non disciolte sono sospese in minutissimi granuli negli umori e nel sangue d'ogni organismo vivente) ad un agglomeramento dei loro granuli e quindi ad una flocculazione od anche, per troppo ingrossamento dei loro ammassi, ad una precipitazione sono molteplici. Le principali tra esse sarebbero la tensione superficiale e la loro carica elettrica.

Nei fatti anafilattici non si può disconoscere ormai che *lo stato speciale d'agglomeramento di questi colloidi rappresenta il primum movens del fenomeno.*

Se la rottura dell'equilibrio colloidale del sangue sotto l'azione di qualsiasi agente, specifico o non specifico, è il fatto determinante o culminante dello shock anafilattico, è naturale che quest'ultimo si manifesti specialmente a carico di quegli albuminoidi che nel sangue, o meglio nel plasma e nel siero, sono più facili alla flocculazione e precipitazione e cioè a carico del *fibrinogeno* e di quella parte di globulina del siero che dalla chimica fisiologica è chiamata *euglobulina.*

Doerr e Nolf inclinano, infatti, a credere che l'*ictus* anafilattico sia in rapporto con l'iniziarsi della coagulazione. Esperienze classiche fatte *in vitro* ci dimostrano come certe speciali sostanze adsorbenti d'origine non proteica quali l'agar-agar, il caolino, ecc. agiscano sul siero di sangue asportando o fissando *in parte* la globulina sopraddetta ed alterando l'equilibrio normale di sospensione di quella rimanente, per cui essa in tale stato diventa tossica per l'animale stesso da cui proviene.

Nell'anafilassi specifica la sua azione è ancor più manifesta, poichè le condizioni della sua precipitabilità al contatto dell'antigene per il quale l'animale è stato sensibilizzato sono rese più affini per quelle proprietà, messe in chiara luce dal Bordet, che noi sappiamo esistere tra antigene ed anticorpo, essendo questo parte della globulina stessa che funziona da precipitina.

La differenza essenziale tra la forma specifica dell'anafilassi e quella anafilattoide sta in ciò che in quella è necessaria la preparazione, il lavorio cellulare della sensibilizzazione, in questa manca, trattandosi di fatto unicamente ed apparentemente meccanico dovuto all'alterato equilibrio colloidale della euglobulina. Nell'anafilassi specifica al contrario noi

possiamo ottenere l'*ictus* non soltanto con la sola euglobulina, ma anche coi restanti albuminoidi del siero (sierina, pseudoglobulina). Ciò vorrebbe significare che la sensibilizzazione, ossia quello stato per cui i colloidi del protoplasma o degli umori sono in condizione da essere disquilibrati in presenza dell'antigene specifico, è proprio forse non di un solo ma dei vari componenti proteici del siero, per cui l'azione scatenante l'*ictus* è legata, oltre che alle globuline, anche alle sierine.

Queste proprietà, che potremo chiamare flocculanti, non appartengono a tutte le sostanze colloidali indifferentemente; alcune le possiedono al massimo grado e tra queste vanno annoverate le proteine batteriche (tra queste la tifica e la colerica sarebbero le più potenti) le quali più che non le albumine d'origine animale raggiungono lo scopo.

Inoltre, non basta produrre una flocculazione per scatenare l'*ictus*, perchè sembra che soltanto flocculi di una data grandezza abbiano il potere di adsorbire e provocare la precipitazione; infatti una sospensione dello stesso colloide a grossi fiocchi, tanto da essere visibili senza apparecchi, dà fenomeni meno gravi della stessa nella quale si siano eliminati i granuli più voluminosi (Belfanti). *Ciò farebbe supporre che non soltanto lo stato grossolano di precipitazione entri in gioco e non sia un puro fatto meccanico, ma che sia necessario all'azione uno stato speciale chimico-fisico di questi granuli, i quali* indurrebbero a loro volta dei fenomeni di squilibrio negli umori e nel sangue senza che sia necessario, per quanto si suppone, un vero fatto di precipitazione grossolana, quale vuole il Lumière ed il Kopaczewski e quale invece nega Widal.

È ovvio pensare che per il fenomeno dell'anafilassi come per quello della malattia i due termini azione e reazione implicano due forze subordinate l'una all'altra e cioè lo stato dell'equilibrio colloidale dell'organismo e quello dell'agente flocculante, forze che non si possono apprezzare al loro giusto valore se non mettendole insieme.

La molteplicità delle forme di anafilassi che va da quelle leggere cutanee limitate a qualche ponfo di orticaria, dagli eritemi diffusi, alle artralgie mono- e poliarticolari, dagli edemi a tipo infiammatorio, erisipelaceo come nell'allergia vaccinale dei rivaccinati (v. Pirquet), a certi spasmi bronchiali (asma da fieno) fino alle forme, fortunatamente molto rare nell'uomo, di morte fulminea, troverebbero secondo i recenti studi la loro causa nella flocculazione degli albuminoidi nel sangue circolante ed in modo prevalente alla superficie di certi gruppi cellulari e sopratutto degli endotelii capillari (Dold, Kopaczewski, Pesci). Queste flocculine, che sono poi le precipitine specifiche degli anticorpi immunitari, disturbano per causa meccanica la circolazione cutanea, donde gli edemi, le orticarie, ecc.

***

Il fatto che si può *in vitro* preparare la flocculazione d'un siero il quale poi a sua volta, iniettato nell'animale, è capace di riprodurre i sintomi dell'*ictus* anafilattico, dimostra — come già abbiamo affermato — che questa contiene gli elementi necessari per la costituzione del veleno che si è convenuto chiamare anafilatossina. *Ciò però non significa di necessità che l'anafilassi sia esclusivamente una forma umorale; esperienze fatte con organi sensibilizzati, ben lavati del loro sangue, dimostrano che questi manifestano nei riguardi dell'antigene una sensibilità tipica* (Cesaris Demel). *Devesi ammettere, quindi, che avvengono alterazioni o meglio squilibri colloidali nel protoplasma stesso delle cellule.*

Per alcuni studiosi (Zironi) la malattia sarebbe uno stato speciale d'irritabilità dovuta ad intossicazione per prodotti batterici; questi ultimi, stimolando ripetutamente ed a piccole dosi le cellule, per l'assorbimento graduale dai punti infetti, ne impediscono il normale funzionamento, le mettono, anzi, in uno stato d'ipersensibilità, aggravando la condizione morbosa, per cui in tale periodo — che può durare anche lungamente — basta anche un piccolissimo stimolo tossico per arrivare allo *shock* (fenomeno praradosso di Behring, reazione iperergica di v. Pirquet). Widal sostiene infatti che è nel disquilibrio dei colloidi che formano il protoplasma delle cellule che bisogna ricercare la ragione della semejologia dei fenomeni dell'*ictus*.

Queste vedute nuove sono per nulla in opposizione coi concetti sopraesposti degli squilibri colloidali quali moventi delle malattie; esse fanno pensare che oltre negli umori questi squilibrii possono formarsi (ed allora forse con maggiore danno) nel protoplasma cellulare.

A conforto di queste vedute sullo stato di sensibilità e di ipersensibilità di taluni tessuti o gruppi di cellule stanno le dimostrazioni cliniche o sperimentali nelle cosidette reazioni a focolaio, nelle quali l'antigene introdotto fa reagire soltanto i tessuti in cui sono stati preformati e si mantengono a lungo gli anticorpi specifici (Ricettori sessili). La precipi-

tazione o flocculazione o lo squilibrio si farebbe allora *in situ* come accadrebbe nelle reazioni diagnostiche cutanee (cutireazioni). Si ritornerebbe quindi all'antico concetto delle precipitine, formulato da Hamburger e Schick per le malattie da siero.

Tenendo presenti tutti i fatti che siamo venuti rapidamente accennando e considerando la proteinoterapia quale fattore di flocculazione o, in senso più largo, di agente alterante lo stato colloidale, per logica deduzione bisogna ammettere che, allorquando giunge allo scopo, essa ristabilisce l'equilibrio tra i vari componenti colloidali del sangue: l'*ictus* della crisi sarebbe l'espressione di questa violenta modificazione, mentre la lisi rappresenterebbe il lento e graduale ritorno alla norma.

È molto probabile che il fenomeno della crisi più che non la conseguenza di una neutralizzazione di antigeni ed anticorpi significhi il ritorno *ad un più uniforme e migliore complesso colloidale nei liquidi umorali e sanguigni che bagnano le cellule ed i tessuti, per cui cessa immediatamente la sofferenza;* gli anticorpi invece mantengono la loro funzione come coadiuvanti la guarigione ed in alcune malattie, sopratutto nelle tossiche, dominano la situazione.

L'esperienza quotidiana di laboratorio e le prove cliniche sull'uomo insegnano che una volta sorpassata l'anafilassi si acquista un certo grado di immunità non duraturo, ma sufficiente a diminuire la violenza d'un attacco per iniezione successiva. Questa resistenza viene chiamata coi nomi, forse inutili, di *tachifilassi* o *skeptofilassi* che vorrebbero indicare la rapidità con cui si manifesta questo stato di refrattarietà verso l'anafilassi, ma essa è detto, in modo più comprensibile, *antianafilassi* o *deanafilassi* e rappresenta un singolare fenomeno per cui, non sempre ma qualche volta, si riesce a reprimere od a diminuire l'*ictus* mercè una piccola frazione, ad es., di 1/10 cmc., di siero inoculata qualche ora prima della dose massiva ed a far sì che questa sia impunemente tollerata; questo metodo introdotto dal Besredka, fu detto perciò subentrante. Allo stesso scopo furono consigliati altri mezzi, alcuni per provocare la costrizione vasale (adrenalina) prima o subito dopo l'iniezione che si teme scateni la sindrome, altri invece per ottenere una vasodilatazione (oleato sodico), altri per insensibilizzare i centri nervosi (cloroformio, etere), altri per agire sulla coagulazione o sulla fluidità del sangue (cloruro di calcio, carbonato sodico). Il risultato che si ottiene da tutti questi metodi non sempre raggiunge lo scopo, ma in alcuni casi ne è evidente l'azione protettiva per lo stabilirsi di una resistenza subitanea.

Il meccanismo di questo interessantissimo fenomeno che potrebbe darci la chiave del come possa avvenire anche la crisi, ammesso che essa rappresenti un fatto di deanafilatizzazione, è ancora sconosciuto e le spiegazioni fornite non sono tali da darci affidamento sulla loro esattezza.

Le ipotesi, infatti, di Kopaczewski, di Lumière e Couturier che vedono nel solo fatto meccanico della flocculazione la ragione dell'*ictus* per azione brutale sugli endotelii dei vasi cerebrali, irritandoli, con successiva caduta riflessa della pressione sanguigna e sue conseguenze, non spiegherebbero, come giustamente insiste il Widal, il perchè una piccola iniezione precedente basti a rendere insensibili questi endotelii all'urto meccanico che in più forte misura verrebbe provocato dopo.

Taluni (Kopaczewski) vollero vedere nella deanafilassi per oleato sodico l'effetto benefico di una diminuita tensione superficiale dei colloidi; altri invece vedono nell'abbassamento della pressione sanguigna il principale fenomeno dell'anafilassi e si servono quindi di mezzi che la rialzino come l'adrenalina; quelli, infine, che in essa considerano l'alterata coagulabilità si rivolgono al cloruro di calcio. Tutti questi concetti sono vaghi e per di più in opposizione tra loro, come sempre accade quando trattasi di fatti molto oscuri.

***

Quello che si può sicuramente affermare è che nello stato fisico dei colloidi tracce minime di sostanze sia colloidali, sia cristalloidi, ne alterano l'equilibrio ed impediscono una reazione o ne manifestano una latente: le emolisine, le agglutinine, le antiemolisine, le antiagglutinine, ecc. sono dimostrazioni giornaliere di questo stato di cose. Non è certamente considerando un solo sintomo che noi giungeremo a comprendere il complesso di fatti conosciuti e sconosciuti che regolano l'anafilassi ed a trovare il modo di dominarla; perchè oltre le azioni singole delle sostanze provocanti e le conseguenti reazioni dell'organismo iniettato, bisogna che noi riconosciamo anche i rapporti che passano tra i vari organi, tra i vari gruppi di cellule che di necessità devono intercorrere tra loro per l'armonica correlazione che mantiene l'equilibrio tra tutto quanto costituisce l'individuo.

La composizione del liquido sanguigno è ancora molto misteriosa, nonostante tutte le no-

stre cognizioni su di essa. Il numero dei principii attivi in esso contenuti che partecipano alla difesa contro influenze perturbatrici od al mantenimento regolare della funzione fisiologica, principii elaborati dalle cellule stesse del sangue o versati nel torrente circolatorio dai diversi organi, è senza dubbio molto considerevole. A lato a queste sostanze attive possono riscontrarsi sostanze antagoniste che assicurano l'equilibrio di queste funzioni (funzione antialessica, antiproteolitica, ecc.); un'adsorzione in alcune di questi principii porta rottura d'equilibrio (Bordet).

È naturale che tutta questa ideazione nuova, nata dai fatti che reggono l'immunità sia nei rapporti delle sostanze specifiche fabbricate dall'organismo (anticorpi), sia nei rapporti dell'equilibrio colloidale degli umori e del sangue, porti per conseguenza un fervore di lavoro e di studio sulla costituzione di questi, sulla stabilità maggiore o minore dei componenti il plasma ed il siero (fibrinogeno, globuline, sierine, ecc.), e degli elementi in questi sospesi (globuli rossi, leucociti, piastrine) di fronte a sostanze eterogénee. Così, ad es., Kolle, Schlossberger, Leupold affermano che il sangue dei sifilitici ha una maggiore sensibilità, una labilità maggiore del plasma di quello degli individui normali verso gli arsenobenzoli, il che spiegherebbe quei fenomeni di tossicità meccanica che si mettono a carico di questi medicamenti.

Ogni essere organizzato ha un equilibrio colloidale suo proprio e come ogni specie ne avrà uno suo, così anche ogni individuo di essa possiederà quel tanto che ne imprime il carattere particolare; così noi sappiamo ad es. che tra il bambino e l'adulto, la donna gravida e la normale vi è una differenza nella stabilità dell'equilibrio colloidale del plasma (Plasmalabilität) che può manifestarsi con una più facile precipitabilità dei globuli rossi (Blutsenkung, di Sachs, Starling). Questo fa sì che anche nei fenomeni d'anafilassi oltre che fatti fondamentali comuni ne abbiamo fatti caratteristici per le singole specie le quali perciò presentano differenze e sono diversamente sensibili all'*ictus*.

Quando poi per un motivo qualsiasi un colloide eterogeneo può riversarsi nel sangue o negli umori senza essere fermato dalle barriere naturali (intestino, fegato) per subirvi quella omogeneizzazione che lo rende *isotonico* al plasma, come accade nell'individuo normale, è naturale che tale composto eterogeneo, immesso in un plasma labile, fa subire a questo delle modificazioni più o meno intense che Widal, Abrami e la loro scuola hanno chiamato, come abbiamo accennato, col nome di *emoclasia*. I sintomi di questa variazione nello stato del sangue o degli umori possono essere quali noi conosciamo susseguire per iniezione proteica col quadro completo di una proteotossicosi oppure ridotto alla semplice variazione nel numero e nella qualità dei leucociti od ai fenomeni vasomotorii (orticarie, edemi, ecc.).

Su questo stato emoclasico del sangue che in generale precederebbe l'*ictus*, Widal ha fondato le sue ricerche onde avere la chiave diagnostica e causale di certe forme morbose, di certe insufficienze d'organi non più capaci di modificare, nel senso consono ai loro tessuti, le albumine che *per os* vengono introdotte in tali individui (emoclasia digestiva).

La reazione che l'organismo oppone all'introduzione delle albumine non omogenee conduce spesso, come abbiamo veduto, a guarigione una sindrome morbosa che può trascinarsi a lungo (tifo, reumatismo, ecc.), esse hanno quindi un'azione stimolatrice sulle cellule e portano in queste uno stato di iperattività che Weichardt chiamò *attivazione del protoplasma*.

La scuola tedesca che segue queste vedute trovò la ragione del successo delle cure proteiniche in questa maggiore attività, in un rinforzo cioè del ricambio che permette una più intensa prestazione di lavoro, quale il Weichardt ebbe campo di osservare contro le kenotossine della fatica; sarebbe una terapia indirizzata verso tutte le capacità reattive dell'organismo (ergotropa secondo v. Groer) e quindi omnicellulare ed omniumorale.

Comunque la si voglia considerare questa attivazione non dovrebbe essere, con ogni probabilità, se non la conseguenza della colloidoclasia ossia del complesso di tutti quei fenomeni che abbiamo descritti i quali darebbero il colpo di frusta che rianima l'attività delle cellule. Quest'azione stimolatrice *non sarebbe esclusiva della sola terapia colloidale ma può essere provocata da molteplici agenti chimici-fisici* (helioterapia, clima, cura balnearia, ecc.).

Alcuni potrebbero attribuire questa attivazione del protoplasma dietro lo stimolo proteinico ad una azione acceleratrice in contrapposto a quella ritardatrice (ormoni e caloni di Starling e Schaefer); ma ciò è più gioco di parole che non realtà di fatti, poichè, salvo le poche cognizioni che abbiamo intorno alle funzioni collegate delle ghiandole endocrine, a noi sfuggono i *veicoli chimici* che eccitano od inibiscono l'attività di un organo. Se ci riesce, quindi, difficile di scoprire e conoscere le leggi delle correlazioni tra le ghiandole, ci sarà ancor più

difficile tener dietro a quelle che abbracciano i tessuti e le cellule di tutto un organismo.

Abbiamo voluto rapidamente raggruppare in questa sintesi le idee ed i fatti che hanno attinenza alla proteinoterapia, per trovare il nesso logico onde dedurre quelle conseguenze che ne possono spiegare il meccanismo; siamo ben lungi dal supporre raggiunto lo scopo, non crediamo però d'aver fatto cosa inutile.

La terapia specifica, preventiva e curativa, ci aveva abituati ad un concetto chiaro e razionale del suo valore nei rispetti dell'immunità; quella dei proteidi eterogenei ci fa intravedere un altro immenso campo d'azione, nel quale però, data la natura energetica di tale terapia, noi non riusciamo sempre di scegliere per la cura la proteina più adatta al caso, nè di commisurare quel tanto di essa che è necessario per mettere in gioco tutte le resistenze vitali onde superare lo squilibrio provocato dalla malattia, ritornandolo alla norma, e così praticamente si riscontrano, accanto ad effetti quasi miracolosi e duraturi, altri passeggeri o nulli. *Non pretendiamo quindi dalla proteinoterapia la guarigione d'ogni forma morbosa,* come già si era preteso anni sono dalla cura dei tumori maligni colla proteina streptococcica.

Le proteine, e specialmente quelle d'origine batterica, sono armi eccellenti nelle mani di chi le sa adoperare, ma non sempre esse bastano al bisogno, che, anzi, è necessario cambiare per trovare tra di esse quella proteina che riesce più utile al singolo caso.

BIBLIOGRAFIA.

ALBERTONI. Centralbl. für med. Wissenschaft, 1880, n. 32.

AMBROSOLI. Atti Soc. Lomb. Scienze Med. e Biol., febbraio 1921.

ARWEILER. Therapeutische Halbmonatshefte, 1° settembre 1920.

BELFANTI. Riforma Med., marzo 1890; Rendic. R. Istit. Lomb. Scienze e Lett., vol. 55, gennaio 1922.

BIANCHI. Rif. Med., 1920.

BORDET. Traité de l'Immunité, Paris, 1920.

BOZZOLO e FANZIO. Morgagni, agosto 1920.

CARBONE T. Gazz. Med. Ital., 1902, n. 9.

CARBONE e ZANFROGNINI. Memorie R. Accadem. Scienze Modena, 1902.

CATTANEO. Atti Soc. Lomb. Scienze Med. e Biol., febbraio 1921.

CATTORETTI. Arch. Scienze Med., vol. 43, p. 217.

CENTANNI. Policlinico, Sez. Med., 1896; Riforma Med., 1893, 1895, 1897, 1902.

CESA BIANCHI. Pensiero Med., 1915, n. 40; Pathologica, 1911.

CHIAUDANO. Policlinico, Sez. Med., 1921, fasc. 2.

COLOMBINO e PINCHERLE. Atti Soc. Lomb. Scienze Med. e Biol., 1921. n. 6.

DI CRISTINA. Pediatria, 1916, n. 1.

DOERR. Deutsche Med. Wochenschr., 1913, n. 24; Weichardt's Ergebnisse, vol. I, pag. 257.

DOLD. Zeitschr. für Immunitätsf., 1913, vol. 16.

DONATI. Arch. Scienze Med., 1913; Giorn. R. Accad. Med. Torino, 1913.

DÖLLKEN. Münch. Med. Wochenschrift, 1919, n. 18; Berl. klin. Wochenschr., 1920, n. 38.

DUFOUR e LE HELLO. La Presse Med., 12 gennaio 1921.

EDGEWORTH. The Lancet, 1920.

FAGIUOLI. Rif. Med., 1916, n. 14.

FANO. Arch. Physiol., 1881; Centralbl. für med. Wissensch., 1882.

FRIEDBERGER e MORESCHI. Deutsche Med. Wochenschr., 1906, n. 49.

V. GROER. Therap. Monatsh., 1916.

HUTYRA e MANNINGER. Berl. tierärztl. Wochenschr., 1921.

ICHIKAWA. Zeitschr. für Immunitätsf. Orig., vol. 23, fasc. I.

JOBLING, PETERSEN e EGGSTEIN. Bull. Inst. Pasteur, 1916.

KAZNELSON. Weichardt's Ergebnisse, vol. IV. pag. 249.

KOLLE, SCHLOSSBERGER e LEUPOLD, citati da Sachs in Münch. Med. Wochenschr., 1921, n. 12.

KONTESCHWELLER. Thèse de Paris, 1918.

KOPACZEWSKI. Annales de Med., 1920; La Presse Méd., 1921, n. 37.

KRAUS. Wiener klin. Wochenschr., 1915, n. 2.

KRAUS, PENNA, BONORINO e CUENCA. Deutsche Med. Wochenschr., 1915, n. 39.

LÜDKE. Münch. Med. Wochenschr., 1915.

LUMIÈRE e COUTURIER. Comptes rend. Acad. de Sciences, ottobre 1920 e gennaio 1921.

LUZZATTO. Biochimica e Terap. Sper., 1919, fasc. 10-12.

MAYER e LINSER, citati da CHEINISSE in La Presse Méd., 1921, n. 35.

MICHELI. Atti R. Accad. dei Fisiocritici, 1915

MICHELI e QUARELLI. Arch. Scienze Med., 1916, vol. 40, pag. 37; Riv .Crit. Clin. Med., 1918, n. 5, 6 e 7.

MORESCHI e TADINI. Pathologica, 1911, n. 66.

MÜLLER. Wiener klin. Wochenschr., 1916, n. 9 e 27; Med. Klin., 1918, n. 18 e 28.

NEUFELD. Deutsche med. Wochenschr., 1921.

NICOLAS, GATÉ e DUPASQUIER. Annales de Dermatol. et de Syphil., marzo 1921.

NOLF. Bull. Acad. Roy. de Med. de Belgique, 29 giugno; Arch. Med. belge, 1917; Ambulance de l'Océan, La Panne, 1917, n. 1.

PENNA, BONORINO, CUENCA e KRAUS. Monogr. del Inst. Bact. des Dep. Nac. de Higiene, Buenos Aires, 1920.

PENSUTI. Policlin., Sez. Med., 1915, n. 2, e 1917, n. 2.

PESCI. Comunicazione al Congr. Internaz. de Fisiol., 16-20 luglio 1920.

RAVAUT. Annales de Dermatol. et Syphil., maggio 1913.

ROHONYI. Zeitschr. für klin. Med., vol. 83, n. 1-2.

SACHS. Wiener klin. Wochenschr., 1918, n. 27; Münch. Med. Wochenschr., 1921, n. 12.

SAXL. Wiener klin. Wochenschr., 1916, p. 759.

SCHMIDT. Med. Klin., 1916, n. 7.

SPIETHOFF, citato da CHEINISSE in Presse Méd., 1921, n. 35.

TROSSARELLO. Rif. Med., 1920.

Valagussa. Policlin., Sez. Med., 1920, fasc. 10.
Vaughan. Weichardt's Ergebnisse, vol. I.
Widal. Soc. de Biol., 4 marzo 1905, e 24 febbraio 1906; Congresso di Strasburgo, ottobre 1921.
Widal, Abrami e Brissaud. La Presse Méd., 1920, n. 19, e 1921, n. 19.
Zironi. Boll. dell'Ist. Sier. Mil., vol. I, fasc. 5, aprile 1920.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Civ. di Verona - Div. Medica Maschile diretta dal prof. Fagiuoli.

La cura medica nell'ascesso epatico da ameba.

Dott. Ormisda Falzi, assistente.

Non sono molti anni che le classiche ricerche di Schaudinn sulla amoeba hystolitica e quelle successive di Viereck sulla tetragena definirono l'intricato problema eziologico della dissenteria tropicale, staccata così dalle altre forme dissenteriche, specie da quelle bacillari, veniva finalmente ad assurgere ad entità nosologica a sè, eziologicamente ben definita. In seguito presero anche nuovo impulso e sviluppo gli studi sul decorso clinico e sulle complicanze della amebiasi intestinale, ed in epoca relativamente recente, circa un decennio addietro, venne trovato nel cloridrato di emetina il rimedio specifico; conquista terapeutica veramente mirabile legata ai nomi di Wedder e di Rogers.

La dissenteria amebica è forma rara nell'Italia settentrionale, frequente invece nella meridionale; da noi viene generalmente importata da soldati reduci dalle colonie libiche: ed è appunto di uno di questi ex-soldati che desidero riferire brevemente la storia, a parer mio molto interessante, sopratutto perchè dimostra l'importanza e il grande valore della cura emetinica non soltanto nell'amebiasi intestinale, ma anche nella sua complicanza più frequente, l'ascesso epatico.

M. M., di anni 29, industriale, di Verona.

Nulla di notevole nella anamnesi famigliare; l'ammalato fino all'età di 20 anni non presentò malattie degne di nota. Sofferse di ulcere veneree: nega la lue. Nel 1915 fu in Cirenaica e precisamente a Cirene ove ammalò d'una forma enterocolitica muco-sanguinolenta.

Accusava in quell'epoca forti dolori a carattere colico, che si accentuavano alla pressione, specie in corrispondenza delle regioni laterali dell'addome, e presentava 30-40 scariche al giorno, ora mucose, ora sanguinolenti. Tale forma durò circa un mese; non venne praticato alcun esame delle feci. Durante gli anni 1917-1919 non ebbe più alcun disturbo. Nel maggio 1918, sempre a Cirene, notò graduale debolezza, qualche raro vomito, alvo irregolare con feci ora diarroiche-mucose, ora dure, e nel settembre dello stesso anno fu ripreso dalla forma enterocolitica muco-sanguinolenta; ricoverato in un ospedale, venne praticato l'esame delle feci che diede risultato positivo per la ameba dissenterica. Si istituì una cura emetinica (6 iniezioni) con buon risultato; scomparvero le scariche diarroiche, i dolori e la febbre. Da quell'epoca gli rimase però un dolore in corrispondenza della regione anteriore del fegato: tale dolore, a quanto riferisce il paziente, era penetrante con irradiazioni alla spalla destra e pur presentando notevoli oscillazioni nella sua intensità, da allora più non scomparve.

Nel giugno 1919 ebbe di bel nuovo enterocolite muco-sanguinolenta, ed il dolore alla regione epatica divenne più violento. Fu congedato nell'ottobre del 1919 col processo morboso in atto. Dopo circa un anno venne ricoverato in un ospedale, e durante la degenza presentò febbre a tipo intermittente e i soliti disturbi intestinali; praticato due volte l'esame del sangue per la ricerca di parassiti malarici, risultò sempre negativo, ciò non di meno fu attuata una cura chininica che modificò in parte la febbre, ma non influenzò lo stato generale e le scariche muco-sanguinolenti. La Wassermann risultò allora fortemente positiva. Il fegato si presentava notevolmente ingrossato, dolente alla palpazione e la milza aumentata di volume. Uscito dall'Ospedale nel dicembre 1920, da uno specialista venne praticata una cura mercuriale, che non portò alcun beneficio, anzi a detta del paziente fu piuttosto nociva. Entra nel nostro reparto il 10 giugno 1921.

Stato presente. — Individuo pronfondamente anemico, denutrito, mucose pallide, cute subitterica, masse muscolari poco sviluppate, pannicolo adiposo scarso.

Torace deformato da un sollevamento ben evidente alla base di destra; manifesta rete venosa al cingolo scapolare sinistro; fosse sopra e sotto clavicolari ben marcate, respirazione leggermente ritardata a destra. F. V. T. abolito in basso a destra. Il margine inferiore del polmone destro si espande meno del sinistro. All'ascoltazione, respiro aspro all'apice destro, con qualche rantolo e qualche fischio. Nulla a sinistra. In corrispondenza del limite inferiore del polmone destro, posteriormente, si notano dei rantoli finissimi che scompaiono con la tosse, e un rumore di sfregamento pleurico in zone ben limitate.

Cuore in limiti normali, toni deboli, leggermente impuri; qualche volta sdoppiato il secondo polmonare; pulsazione al giugulo; rumori anemici alle grosse vie. Pressione arteriosa (Riva Rocci) 100 a d., 110 a sinistra; polso piccolo, debole, frequente, ritmico.

Il fegato presenta i seguenti limiti: il margine superiore tocca la quarta costa sulla emiclaveare, e posteriormente arriva alla settima sull'angolare della scapola; il margine inferiore deborda tre dita trasverse dalla arcata costale la quale si presenta molto sollevata rispetto a quella di sinistra. La superficie del fegato si apprezza liscia, regolare, dura, con margine arrotondato, molto dolente alla pressione. La milza che deborda circa due dita dall'arco

costale è pure liscia, dura e dolente. Addome trattabile non meteorico: la pressione lungo le comuni linee del grosso intestino risveglia dolore, specie in corrispondenza dell'angolo splenico e del sigma; corda colica. Non liquido nell'addome. Nulla all'esplorazione rettale. Nulla di anormale agli altri sistemi ed organi.

L'esame delle urine ripetuto più volte dava urine limpide, di colorito giallo-paglierino; reazione per lo più neutra; peso specifico bassissimo; mai albumina e glucosio; indacano, urobilina e sangue assenti. Quantità giornaliera dell'urina scarsa, da 400 a 1000 cmc.; feci, muco-sanguinolenti, liquide; scariche abbondanti (dieci, venti al giorno). All'esame microscopico, eseguito più volte e fatto su feci fresche ancora tiepide, si mettono in rilievo le caratteristiche forme vegetative della amoeba hystolitica. Nelle feci si osservano inoltre gran quantità di globuli rossi e cellule intestinali.

Esame del sangue praticato due giorni dopo l'accoglimento dell'ammalato: a fresco i globuli rossi si dispongono in pile di monete, poichilocitosi e anisocitosi. Globuli rossi 3.900.000; globuli bianchi 15.000. Formola leucocitaria: Polin. neutr. 59 %; polin. basof. 1 %; polin. eosin. 2 %; mononucleari gr. 28 %; linfociti picc. 4 %, forme di passaggio 6 %; emoglobina (Fleischl) 40 %.

Negativa la ricerca del plasmodio malarico. Wassermann positiva.

Si praticarono varie punture esplorative al torace destro, posteriormente: una al settimo spazio, una all'ottavo ed una al nono.

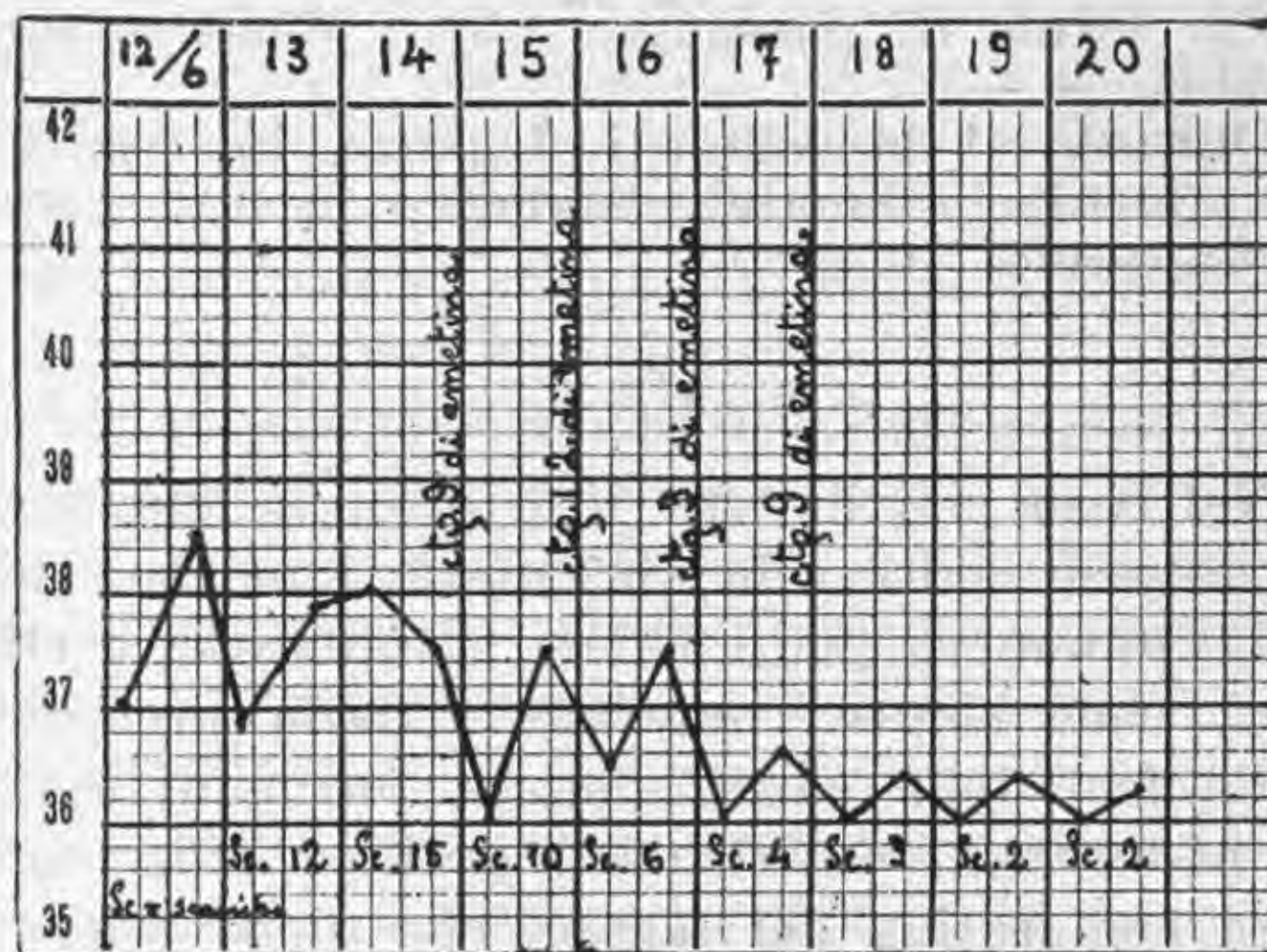
Dalla prima si estrasse poco liquido citrino, che alla prova di Rivalta mostrò trattarsi d'un essudato; dalla seconda e dalla terza si estrassero vari centimetri cubici di liquido color feccia di vino, che all'esame microscopico diede il seguente reperto:

liquido costituito da discreta quantità di globuli bianchi degenerati, da pochi globuli rossi, da detrito cellulare; non si vedono batteri nè altri microrganismi. Si notano invece fascetti di cristalli aghiformi di color giallo. Nei comuni terreni di coltura non si sviluppa alcun germe.

Riporto nella seguente grafica il decorso della febbre.

Esame radioscopico. — Aumento notevole della regione epatica; in alto, anteriormente, sino al margine superiore della quarta costa; seno costo-diaframmatico non rischiarabile; movimento paradosso del diaframma negli atti respiratori. Posteriormente, il margine superiore del fegato arriva al margine superiore della settima costa: detto magine non è regolare, ma presenta una bozza nella sua parte esterna. Questa bozza discretamente sporgente, è situata nel lobo di destra e precisamente all'unione del terzo esterno col terzo medio. Nulla a carico dei polmoni e relativi apici.

Espletate le ricerche principali praticai immediatamente una intensa cura emetinica, cioè in quattro giorni iniettai complessivamente 33 ctgr. di cloridrato di emetina in fiale da 0,03 ciascuna, e precisamente il primo giorno 9 ctgr., il secondo 12 ctgr., il terzo 3 ctgr., il quarto 9 ctgr. Dopo quindici giorni ripetei una seconda serie di iniezioni, iniettando per tre giorni consecutivi 12 ctgr. di emetina *pro die*. Durante la prima serie di iniezioni, l'ammalato ebbe qualche capogiro e leggero senso d'ambascia, per cui ho creduto opportuno di ridurre per un giorno la dose a 3 ctgr.: i descritti fenomeni si debbono probabilmente legare al notevole abbassamento della pressione sanguigna, conseguenza della dilatazione vasale; si presentarono leggeri e perciò poco preoccupanti.

Subito dopo la somministrazione del farmaco la febbre (vedi grafica) diminuì sino a scomparire in 3ª giornata; le scariche giornaliere (10-20) si ridussero ad una, due al massimo nelle 24 h.; il paziente riferiva di sentirsi quasi rinato, divenne di umore gaio, l'appetito tornò subito, la quantità di urina che prima oscillava tra 500 e 1000 cmc. giornalieri si portò a 1500-2000 cmc. ed anche il dolore, che l'ammalato accusava in corrispondenza della regione epatica e che lo tormentava più o meno da anni, scomparve.

A distanza di circa tre settimane dallo inizio della cura l'esame del fegato dà il seguente reperto: il margine superiore del fegato, che prima, come ho detto, arrivava anteriormente alla quarta costa sull'emiclaveare, tocca il margine superiore della quinta costa e posteriormente arriva all'ottavo spazio intercostale; il margine inferiore del viscere, mentre prima debordava di circa tre dita trasverse dall'arco costale, ora si apprezza immediatamente al di sotto. La milza più non si palpa e alla percussione viene segnata nei limiti normali. L'addome è ben trattabile e solo con la palpazione profonda si risveglia lieve dolore in corrispondenza del sigma colico.

L'ammalato, respirando profondamente e tossendo, avverte ancora dolore in corrispondenza della regione epatica, posteriormente, dove all'ascoltazione si sente un rude sfregamento pleurico e la puntura (settimo spazio intercostale), dà esito a pochi cmc. di liquido con i caratteri dell'essudato.

La puntura nell'ottavo spazio e nel nono, ripetuta più volte riesce sempre negativa, mentre prima mostrava la presenza del liquido purulento, color feccia di vino, caratteristico dell'ascesso epatico. Questi rilievi semeiologici hanno anche riscontro nel reperto radioscopico che dimostra:

anteriormente sulla mamillare, il margine superiore del fegato all'altezza del margine superiore della quinta costa; il suo margine

inferiore a un dito dall'arco costale; scomparsa della bozza diaframmatica; diaframma pianeggiante, poco mobile; seno costo diaframmatito pure scomparso.

Le feci si presentano ben formate e l'esame per la ricerca delle amebe dà risultato negativo.

Il sangue mostra: globuli rossi 3.600.000; globuli bianchi 13.500; Emoglobina (Fleischl) 45%; Formula leucocitaria; pol. n. 31.06%; pol. eosin. 5%; Linfociti 54.04%; grossi mononucleari 5.9%; forme di passaggio 1.3%; Wassermann dubbia (+ —).

Durante il periodo di degenza in reparto (45 giorni) l'ammalato aumentò di circa otto chilogrammi in peso.

***

Nel caso che ho ora illustrato, la diagnosi di ascesso epatico da dissenteria amebica, che già s'imponeva per i rilievi anamnestici e clinici, ebbe sicura conferma e dalla presenza nelle feci delle caratteristiche forme di ameba histolitica e dal risultato positivo della puntura esplorativa del fegato, che diede esito a liquido purulento, i cui caratteri non potevano lasciar dubbio alcuno sulla natura del processo morboso intraepatico. Il colorito feccia di vino del liquido estratto, la sua consistenza vischiosa, il reperto microscopico attestante fatti necrotici a carico del tessuto epatico (materia amorfa, fascetti di cristalli, ecc.), la sua sterilità nei comuni terreni di coltura, dati questi tutti presenti nel caso nostro, formano quel complesso di elementi caratteristici sui quali ha specialmente insistito il Pontano, e che valgono a distinguere e separare nettamente l'ascesso epatico da ameba, dalle altre forme ascessuali che nel fegato possono stabilirsi. Del resto il concetto di distinguere la forma ascessuale epatica da ameba, dai comuni ascessi del fegato e di considerarla come una caratteristica, dirò meglio specifica, per l'ameba stessa, è suffragato anche da studi anatomopatologici recenti (Kelsck, Kiener, Kartulis, Mac-Callum e Manson, ecc.).

Degno di rilievo inoltre nel nostro infermo un discreto aumento nel numero dei leucociti del sangue con notevole prevalenza dei mononoclueari dopo la cura, e non privo di interesse il risultato nettamente positivo della R. di Wassermann, reperto questo già riscontrato da altri autori (Pontano, Chauffard, ecc.), e probabilmente legato all'alterazione del fegato: dopo il trattamento la reazione è diventata negativa, dato questo che può assumere valore per stabilire l'avvenuta guarigione del malato.

Per tutti gli elementi raccolti credo inutile discutere la diagnosi nel nostro infermo, poichè essa risulta chiara e manifesta dai molteplici segni messi in rilievo, che ben s'inquadrano nel giudizio diagnostico.

Anche lo scarso essudato presente nel seno pleurico destro si spiega logicamente come fenomeno reattivo prodotto dal sottostante ascesso epatico: piuttosto di dubbia interpretazione è il movimento paradosso del diaframma (movimento a bascule), messo in luce alla indagine radioscopica, che si può interpretare o legato al fattore meccanico per la presenza del liquido nel seno pleurico destro, o dovuto ad una paralisi del frenico destro, per irritazione diretta esercitata dalla bozza ascessuale del fegato.

Stabilita la diagnosi, venne immediatamente istituita una intensa cura emetinica, che ha portato benefici veramente sorprendenti sia sul processo morboso fondamentale, che sulla complicanza epatica. Ecco schematicamente riassunti i risultati ottenuti:

caduta immediata della febbre, diminuzione nel numero delle scariche che da liquide si trasformarono in solide, formate; notevole aumento della diuresi; immediato senso di benessere generale; graduale diminuzione e scomparsa dei principali segni clinici dell'ascesso epatico, fatto questo confermato anche dal reperto radiografico.

Non ho invece notato in seguito alla cura, sostanziali modificazioni nel quadro ematologico, il che forse è da imputare al fatto che il processo morboso datava da anni; sono però convinto che persistendo con appropriate cure ricostitutenti, anche la crasi sanguigna potrà tornare alla norma.

Certo sarebbe azzardato considerare ora definitivamente guarito il nostro infermo: credo invece che data la lunga durata e la cronicità del processo, si debba insistere ancora con cure emetiniche periodiche e con adatta terapia ricostituente onde consolidare la guarigione ed evitare eventuali recidive. Comunque i risultati finora conseguiti sono veramente lusinghieri e mentre da un lato confermano quelli ottenuti dal Pontano nelle sue numerose osservazioni, valgono d'altro lato a dimostrare come non si debba accettare per vero tutto ciò che affermano altri studiosi dell'argomento nei riguardi dei rapporti tra ascesso epatico da ameba ed emetina.

Nella cura dell'ascesso epatico amebico infatti il campo medico si presenta diviso in opposte correnti: accanto ai fautori strenui della sola cura chirurgica, oggi ridotti a ben pochi, vi ha chi sostiene la necessità di una cura mista chirurgica ed emetinica, e chi infine

afferma che la cura medica può portare da sola la guarigione: fra questi ultimi propugnatore e sotenitore in Italia il Pontano con pregevoli studi in argomento. Il Rogers inoltre parla di uno stato presuppurativo nella epatite amebica, e sostiene che solo in tale stadio si può e si deve intervenire con la cura emetinica, mentre qualora l'ascesso sia già ben formato e doveroso consegnare l'ammalato al chirurgo, perchè il rimedio specifico non può spiegare oramai alcuna efficacia.

In verità il brillante successo conseguito nel nostro infermo avvalora il concetto che in tutti i casi di ascesso epatico amebico, in qualsiasi stadio si trovi la lesione, prima di pensare all'atto operativo si debba istituire una massima cura emetinica.

Riassunto. — In base allo studio di un caso tipico di ascesso epatico amebico trattato con l'emetina e venuto a completa guarigione, l'A. sostiene l'importanza della cura medica specifica nella forma morbosa in qualsiasi stadio si trovi la lesione.

BIBLIOGRAFIA

PONTANO. *La dissenteria am. e le sue complicanze.* Policlin., Sez. Prat., 1918.

PONTANO. *La cura medica dell'ascesso epatico dissenterico,* Policlin., Sez. Medica, 1918.

PONTANO. *Alcuni criteri di diagnosi dell'asc. ep. am. e le indicazioni alla cura medica.* Policlinico, Sez. Medica, 1919.

PONTANO. *Uteriore contributo alla diagnosi e alla cura medica dell'asc. ep. diss.* Policlinico, Sez. Prat., 1920.

GAGLIO. Policlinico, Sez. Prat., 1919.

SCHAUDINN. *Arbeit. a. d. Kais. Gesundheitsamte,* vol. 19, 1903.

VIERECK. *Trop.*, vol. 11, 1907.

ROGERS. *British med. Journ.*, settembre 1902.

ID. *British med. Journ.*, giugno 1903.

ID. *British med. Journ.*, giugno 1912.

WEDDER. *Trop. diss.* Bull., 1918.

KELSCK e KIENER. *Traité des maladies des pays chauds*, 1889.

MANSON. *Manuale delle malattie dei paesi caldi*, 1911.

MAC-CALLUM. *Affezioni epatiche tropicali* (dal Meuse, vol. III, 1908).

KARTULIS. *Centr. f. Bakter. und Parasitenk.*, 1887, II, 25.

KARTULIS. *Virchow's Archiv*, vol. 118, 1889.

CKAUFFARD. *Bull. Ac. de médec.*, febbraio 1913.

ERRATUM. — Nel fasc. 17, *Nelle Università,* riga ultima, leggere: Bertolotti Mario, elettroterapia e radiologia; Giuseppe Gavello, clinica otorinolaringologica.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSP. G. B. MORGAGNI IN FORLÌ - SEZ. CHIRURGICA.

Considerazioni sulla creazione specifica peritoneale di Sgambati nelle urine

per il prof. SANTE SOLIERI, chirurgo direttore.

Quanti presenziarono durante il XXVIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia, tenutosi in Napoli dal 25 al 27 ottobre u. s., alla comunicazione del prof. Sgambati sulla sua reazione specifica peritoneale nelle urine coll'acido nitrico non poterono a meno di rilevarne la grandissima importanza.

Il Bastianelli rese edotto il Congresso sui risultati pratici, che nella sua clinica in centinaia di casi la reazione aveva dato. Poi che essa erasi mostrata costantemente positiva quando esisteva peritonite e negativa quando la peritonite non c'era, non solo, ma aveva potuto fornire un indice prezioso e costante sulla maggiore o minore gravità della flogosi peritoneale, a seconda che la reazione era più o meno intensa. La biopsia ed il decorso clinico avevano confermato sempre quanto la reazione dello Sgambati aveva indicato. Da che una guida molto sicura per formulare la diagnosi in casi dubbi di peritonite, per indicare o controindicare l'intervento chirurgico, un sussidio straordinario per la prognosi, sia che l'atto operatorio dalla reazione stessa venisse indicato, procrastinato o controindicato. Chè anzi, affermarono lo Sgambati ed il Bastianelli, la reazione ripetuta giorno per giorno durante il decorso di una peritonite, già operata o no, era colla sua maggiore o minore intensità l'esponente del decorso clinico ed anatomo-patologico del male. Non ripeto qui le modalità, d'altra parte semplicissime, della prova di Sgambati, perchè egli stesso le ha descritte sino dal 1920 ed in tutti i resoconti del XXVIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia si possono leggere.

A me, che da un ventennio mi occupo della resistenza del peritoneo alla infezione e della peritonite purulenta, e coltivo con speciale amore la chirurgia viscerale è sembrata la reazione di Sgambati importantissima sotto alcuni punti di vista, i quali, oltre che la diagnosi e la prognosi, riguardano speciali modalità di intervento chirurgico, che la reazione può indicare possibili o necessarie.

Sin dal 1901 (1) dimostrai sperimentalmente

(1) S. SOLIERI. *Ricerche sperimentali sulle modificazioni della resistenza del peritoneo alla infezione, ecc.* (Policlinico, vol. IX-C., 1902. - Beitrage z. pathol. Anatomie und. z. allg. Pa-

che la iniezione preventiva nel peritoneo di diverse sostanze (soluzione fisiologica, tossina sterile di *bacterium coli*, ecc.) aumentava molto sensibilmente la resistenza della sierosa alla infezione da *bacterium coli* e che anzi la tossina sterile di b. c., era la più efficace, per cui nelle cavie si poteva, mediante iniezione preventiva di essa, rendere tollerabile la iniezione endoperitoneale di 20 volte la dose minima mortale di coltura viva e virulenta. Applicai durante la mia presenza nella Clinica del compianto mio Maestro prof. Biondi la iniezione preventiva con risultati favorevoli in infermi che dovevano sopportare operazioni suscettibili di inquinare la sierosa peritoneale. Ma da queste premesse, in base ad ulteriori ricerche ed osservazioni cliniche (1) io trassi il corollaio che in molti casi di appendicite acuta con reazione infiammatoria sierosa e siero-fibrinosa del peritoneo (la quale è quasi sempre sostenuta dal *bacterium coli* solo od associato a stafilococchi), in condizioni favorevoli di età, di costituzione organica, d'integrità viscerale, di tempo rispetto all'inizio del male, di reazione generale leucocitaria era possibile (allo scopo di abbreviare il decorso postoperatorio ed evitare sventramento postlaparotomico) chiudere completamente la parete addominale in primo tempo, bastando a raggiungere la guarigione, che si avverava per prima intenzione, la semplice detersione asettica del peritoneo e l'allontanamento del focolaio morboso, cioè l'appendicectomia.

Questo io scrivevo nel 1914, ma da allora, incoraggiato dai costanti esiti favorevoli, ho esteso a casi di vera peritonite purulenta circoscritta o diffusa da appendicite flemmonosa o perforata la pratica di chiusura del ventre laparotomizzato senza drenaggio in primo tempo, previa appendicectomia e pulizia asciutta asettica, ottenendo sempre la guarigione o per prima assoluta o tutto al più con suppurazione della parete addominale. Dico qui per incidenza che questo ultimo evento è della massima importanza, perchè dimostrativo del fatto che i germi infettanti la sierosa erano virulenti e che questa aveva potuto difendersi, mentre i tessuti sovrastanti (muscoli e cellulare) erano rimasti soccombenti di fronte alla virulenza dei bacteri. Evento importante anche perchè valido a provare che il fatto della difesa peritoneale è dovuta prevalentemente ad esaltazione dei poteri di difesa locali, anzichè ad anticorpi formatisi nel generale dell'organismo.

Alcuni casi di peritonite purulenta circoscritta, operati da me col metodo della chiusura primaria del ventre, già nel 1915 sono stati pubblicati dal mio ex assistente dottor Carnelli (1), ma presto uscirà una monografia del mio attuale aiuto dott. Aldo Lesi, che illustrerà ampiamente l'argomento e la casistica clinica ricca già di un centinaio di osservazioni.

Però debbo dire che in parecchi degli infermi con peritonite appendicitica così trattati molto mi ha guidato una esperienza tutto affatto personale e quasi intuitiva, la quale, per quanto basata sullo studio clinico del soggetto e sul complesso dei fatti, di cui sopra è accennato, a proposito delle conclusioni a cui giungeva il citato mio lavoro, lasciava adito talora ad una certa dubbiezza e sospensione di animo, che poi il decorso clinico favorevole dissipava.

Ma ora la reazione di Sgambati ci appresta un mezzo nuovo e prezioso d'indagine, il quale, svelandoci la entità della reazione peritoneale e la turba maggiore o minore che essa avrà portato nello stato generale somatico, potrà indicare sino a qual punto sarà lecito spingere il nostro ardimento nel chiudere in primo tempo il ventre di un appendicitico con peritonite. *Già in parecchi casi la reazione specifica con le sue modalità mi è stata di guida sicura nel modo di trattamento.* Ho dato per ciò incarico al dott. Lesi di studiare sotto questo punto di vista tutti gli operandi per appendicite acuta con reazione peritonitica per assodare quali siano le condizioni di manifestazione, di tempo, di intensità della reazione di Sgambati in rapporto alla possibilità di applicazione del metodo operatorio descritto.

Egli ne riferirà nella pubblicazione che sopra ho annunciato.

Ed ora voglio accennare ad un'altra categoria di infermi, per i quali indirettamente la reazione di Sgambati può rappresentare la salvezza.

In una mia pubblicazione del 1909 (2), in base

---

thologie, 31 Band, 1902). I lavori di Miyake e della scuola di Mikoulicz, che i Tedeschi hanno esaltato come originari, sono del 1904, cioè posteriori di tre anni ai miei.

(1) S. SOLIERI. *Die gesteigerte Widerstandsfahigkeit des Peritoneums gegen Infektion bei der Behandlung der akuten Appendicitis.* (Mitteil. aus den Grenzgeb. der med. und Chir., Band XXVI, Heft V, 1914).

(1) B. CARNELLI. *Contributo clinico al trattamento chiuso della peritonite acuta appendicolare.* (Policlinico, Sezione Pratica, anno 1915).

(2) S. SOLIERI. *La enterocleisi omentale nei processi ulcerativi acuti dell'ultima ansa del tenue.* (Atti della R. Accademia dei Fisiocritici,

ad una osservazione clinica, conclusi che nel *periodo preperforativo del tifo addominale sarebbe stato utile l'intervento chirurgico allo scopo di involgere l'ultima ansa del tenue recante le ulcerazioni prossime a perforarsi con l'omento (enterocleisi omentale)*, pratica sufficiente ad impedire la rottura dell'ulcera e quindi la esplosione della peritonite perforatoria tifosa. Quella mia pubblicazione dette luogo a discussioni, non perchè si giudicasse la enterocleisi insufficiente a riparare le ulcerazioni affiorate alla sierosa prossime a perforarsi ed a proteggere così il peritoneo, ma perchè si giudicava difficile determinare il tempo utile all'intervento, cioè il periodo preperforativo. Ma ora la reazione di Sgambati ha presso che eliminato la difficoltà. Lo Sgambati stesso ha enunciato che, oltre il secondo settenario, quando le ulcerazioni si fanno più superficiali verso la sierosa, compare leggera la sua reazione, segno di sofferenza immancabile della sierosa.

Ma quando in detta epoca, insieme al dolore spontaneo o provocato dalla palpazione nella fossa iliaca destra, a tendenza al vomito ed al singhiozzo, si vedrà intensificarsi la reazione di Sgambati, già sistematicamente praticata, potrà essere segnalato il momento opportuno a quell'intervento che per la sua semplicità ed efficacia è atto a salvare una esistenza, che ben difficilmente può essere salva mediante la laparotomia eseguita a peritonite perforatoria tifosa dichiarata. Si tratta adunque di fare in tutti i tifosi quotidianamente la reazione di Sgambati allo scopo di seguire la reazione del peritoneo e giungere in tal modo a precisare al chirurgo il momento utile ed improrogabile dell'intervento. E ciò va raccomandato ai medici, non solo clinici e primari, ma anche ai medici condotti, che possono praticare la reazione di Sgambati in ogni casa privata, data la sua singolare semplicità.

Ho voluto parlare di questi argomenti speciali della mia attività clinica e scientifica, che saranno illuminati dalla reazione specifica peritoneale, per dimostrare come ogni sanitario possa trovare nell'ambito della sua pratica campo di utili ricerche col nuovo mezzo di indagine preparato dal laboratorio alla clinica a vantaggio degli ammalati addominali, il cui trattamento curativo medico e chirurgico è strettamente legato alla diagnosi esatta, precoce ed alla evoluzione e manifestazione clinica dei fatti anatomopatologici che si evolvono in cavità.

Siena, 1909, n. 3-4. - Revue de Chirurgie, XXIX an., n. 7, 1909).

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
E DI CLINICA MEDICA PROPEDEUTICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI SIENA.

Per rendere più semplice e più pratica la ricerca dell'indacano nelle orine.

Prof. V. SEBASTIANI, direttore incaricato.

Una constatazione che ho avuto modo di fare ripetutamente in questi ultimi tempi, nei quali la crisi economica ha consigliato a tutti, e in modo speciale al Personale dei Laboratori scientifici, di attenersi alla più rigida economia, mi ha dato il destro di poter indicare ai Colleghi, e segnatamente a quelli che vivono lontani dai centri di rifornimento anche del più modesto reagentario, un reattivo estremamente semplice, di squisita sensibilità e di pochissima spesa per la ricerca dell'indacano nelle orine.

Come ognuno sa, i metodi che si sono susseguiti per tale ricerca, derivano tutti dal più al meno da quello classico di Jaffé.

Con tale metodo la molecola dell'indacano (indossilsolfato potassico) che si ritrova nelle orine viene scissa in un primo tempo, a mezzo di un acido minerale forte (acido cloridrico puro), in acido solforico e indossile (o indaco bianco).

Successivamente quest'ultima sostanza viene a mezzo di un energico ossidante — nel metodo classico rappresentato da qualche goccia di soluzione satura di cloruro di calce (1) — trasformata in indigotina o indaco bleu, che può essere facilmente estratto col cloroformio, al quale viene ad impartire la caratteristica colorazione azzurra più o meno intensa.

Gli esperimentatori successivi hanno lasciata integra la prima parte della reazione, continuando ad adoperare l'acido cloridrico puro, che appare il più adatto allo scopo; si sono invece dati premura di suggerire volta a volta i più svariati ossidanti, per quanto ciò non abbia sempre costituito un progresso per la maggiore sensibilità della reazione, ma abbia talvolta rappresentato un intoppo alla buona esecuzione del metodo, in quanto i nuovi reagenti sieno difficili a procurarsi, o divengano più complicate le modalità della tecnica.

Si può ben dire che tutte le sostanze ossi-

---

(1) A questo proposito debbo far rilevare un errore chimico, che si ripete in molti trattati. Invece di cloruro di calce o ipoclorito di calcio, vi sta scritto di servirsi di una soluzione satura di cloruro di calcio. Faccio notare che l'aggiunta di quest'ultima sostanza sarebbe perfettamente senza effetto, perchè il cloruro di calcio non ha affatto proprietà ossidanti.

danti sieno state adoperate; così il percloruro di ferro (Obermeyer), l'acqua ossigenata (Loubiou, Monfet, Hollaender), il clorato di potassio (Strzyzowski, Deniges, Daland), l'oxilite (Arena), i perfosfati alcalini (Amann, Rossi), il solfato di rame (Salkoski), il cloruro d'oro (Ferrari Lelli), l'acido nitroso (Barberio), e tutte presso a poco hanno dato l'identico resultato; mentre d'altro lato è logico anche aggiungere che disponendo di tempo e di pazienza nessuna di esse dovrebbe essere veramente indispensabile, in quanto che lo stesso ossigeno atmosferico agendo a lungo sulla miscela di orina e acido cloridrico, e quindi sull'indossile, potrebbe pure esso ugualmente trasformarlo in indaco bleu.

Un'osservazione fortuita, e ripetuta in seguito per diverse volte, mi fece in un primo tempo sperare di potermi discostare dagli autori che mi hanno preceduto, col segnalare un reattivo che sembrava riunire la proprietà di scindere l'indossilsolfato potassico in indossile, con quella di trasformare quest'ultimo in indigotina.

Adoperando infatti per ragioni di economia l'acido cloridrico commerciale, anzichè l'acido cloridrico puro, rimasi un prima volta sorpreso nel constatare come questo reattivo aggiunto ad una orina, che conteneva una forte dose di indacano, riuscisse immediatamente, senza dover ricorrere all'ausilio di nessun ossidante, a fare assumere alla colonna liquida una colorazione bluastra; estraendo successivamente con il cloroformio, ottenni la caratteristica reazione finale dell'indacano.

Come ho detto più sopra, ripetei a bella posta nei giorni successivi la stessa reazione, e riuscii sempre con la stessa facilità a mettere in evidenza quantità maggiori o minori di indacano, mentre d'altra parte il metodo classico instituito volta a volta comparativamente non mi rivelava una maggiore sensibilità.

Di fronte a tali resultanze era facile ammettere *a priori* che l'acido cloridrico commerciale dovesse questa sua proprietà a qualcuna delle tante impurezze in esso contenute. Ma l'acido cloridrico commerciale è un prodotto chimico di scarto, ottenuto con diversi sistemi, e che può perciò presentare delle notevoli oscillazioni sia nella qualità sia nella quantità delle proprie impurezze.

Dato questo, la sostanza che era contenuta nell'acido cloridrico grezzo, del quale io disponevo, e che aveva funzionato da ossidante dell'indossile, doveva ritenersi costante in ogni campione del suddetto prodotto?

Quesito questo facile ad essere posto ed altrettanto facile ad essere risolto. A tale scopo mi procurai dei campioni di acido cloridrico commerciale provenienti da fabbriche diverse, e feci con essi numerose prove, eseguendo sempre contemporaneamente il metodo classico per il necessario confronto.

Purtroppo la prova non confermò le speranze del primo momento ma riuscì solo a dimostare che la sostanza a funzione ossidante non era contenuta in tutti i campioni di acido cloridrico grezzo. Infatti mentre con taluni acidi di certe provenienze io ottenevo senza aggiunta di nessuna sostanza ossidante la caratteristica reazione, con altre non ebbi alcun resultato.

Ma allora a quale impurezza io dovevo la constatazione che avevo fatto nelle prime ricerche? E questa sostanza poteva essere semmai aggiunta all'acido cloridrico commerciale, di un costo assai meno elevato dell'acido cloridrico puro e più facile a procurarsi di questo ultimo?

L'acido cloridrico commerciale può contenere come impurezze e a seconda dei casi acido solforico e solfati, anidride solforosa, arsenico, acido nitrico, iodio, bromo, cloro libero, metalli pesanti, e ferro allo stato di cloruro ferrico; in quest'ultimo caso appare fortemente colorato in giallo.

Aggiungo questa considerazione perchè avevo già notato nelle prove comparative che i campioni che reagivano positivamente erano di un colore giallo più intenso degli altri, e quindi era logico da ciò supporre, pur ammettendo in ipotesi che molte delle impurezze quali l'iodio, il bromo, l'acido nitrico, il cloro, ecc. potessero esplicare una qualche azione ossidante, che grande parte della proprietà nel nostro caso specifica di taluni acidi cloridrici grezzi dovesse attribuirsi al cloruro ferrico in essi contenuto.

Del resto il cloruro ferrico era già stato indicato dall'Obermeyer come ossidante da prescegliersi, nella modificazione che egli apportò al metodo del Jaffé.

Volli allora vedere se quei campioni che mi avevano reagito positivamente contenessero tutti ferro in una certa quantità, e difatti l'aggiunta ad essi di una soluzione di ferrocianuro di potassio mi dette una colorazione intensamente azzurra, a differenza dei campioni negativi dove o non si formava nulla o una colorazione debolmente accennata.

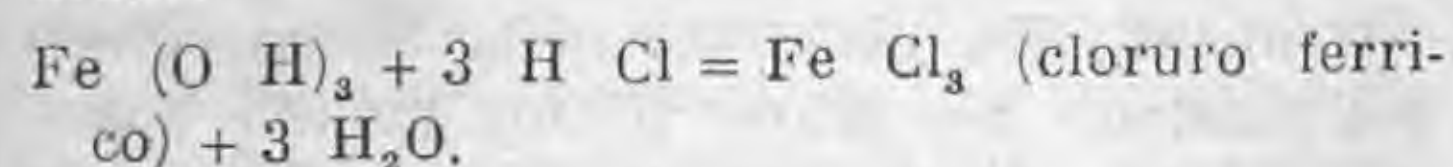
Avrei potuto senz'altro a questo punto arrestarmi, consigliando ai Colleghi di adoperare sempre e unicamente un acido cloridrico

commerciale, che avesse dimostrato di contenere in una certa quantità del ferro.

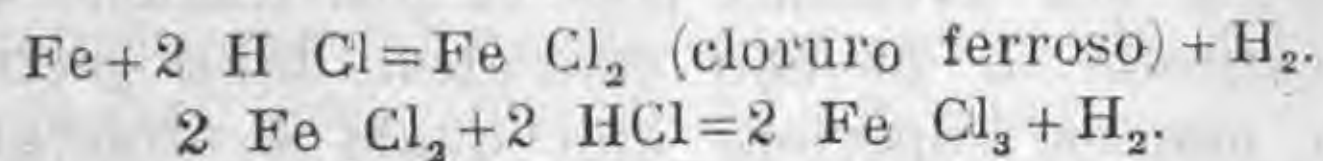
Ma ormai lo scopo delle mie ricerche tendeva a poter indicare un reagente che, oltre ad essere squisitamente sensibile e di poca spesa, non offrisse alcuna preoccupazione per la costante sicurezza della sua sensibilità, e la ricerca del ferro nell'acido cloridrico grezzo, molto facile ad essere eseguita in un qualsiasi laboratorio, poteva costituire un incaglio per molti pratici, costretti ad avere a propria disposizione un reagentario eccessivamente modesto.

Pensai allora di consigliare di aggiungere a qualsiasi acido cloridrico commerciale una certa quantità di ruggine, sostanza di nessun costo, e della quale ciascuno può facilmente provvedersi.

Questa infatti non è che idrato ferrico, il quale combinandosi con l'acido cloridrico forma il cloruro ferrico, secondo la seguente formula:

$Fe(OH)_3 + 3 HCl = FeCl_3$ (cloruro ferrico) $+ 3 H_2O$.

Lo stesso risultato finale si ha adoperando del ferro; senonchè in tal modo si forma dapprima del cloruro ferroso, che combinandosi poi di nuovo con l'acido cloridrico per trasformarsi in cloruro ferrico dà luogo allo sviluppo di idrogeno, e quindi esplica una funzione riducente anzichè ossidante.

$Fe + 2 HCl = FeCl_2$ (cloruro ferroso) $+ H_2$.

$2 FeCl_2 + 2 HCl = 2 FeCl_3 + H_2$.

È necessario quindi in quest'ultimo caso di lasciar trascorrere diversi giorni prima di servirsi del reattivo, in modo da essere sicuri che tutto il cloruro ferroso si sia trasformato in cloruro ferrico.

Sensibilizzato in tal modo l'acido cloridrico grezzo, vidi che questo era sempre in grado — qualunque fosse la sua provenienza commerciale — di svelare l'indacano, senza bisogno di ricorrere all'aiuto di altre sostanze ossidanti, specialmente se la miscela orina e acido cloridrico grezzo sensibilizzato era stata in riposo per 5-10 minuti prima di aggiungere il cloroformio e di agitare.

Però i vari campioni adoperati, nei quali erano state messe a caso quantità diverse di ruggine, si addimostrarono alcuni più, altri meno efficaci a svelare la reazione, per modo che volli vedere se mi fosse possibile stabilire un optimum nella dose da aggiungere.

Effettivamente notai che mentre dosi uguali od inferiori a 1 grammo per 1000 di ruggine o di ferro potevano dare uno scarso rendimento ai fini della reazione, la quantità che meglio di ogni altra corrispondeva oscillava fra 2-3 grammi per 1000. Dosi che si discostavano notevolmente al di sopra di questa, non servivano più a dare una reazione netta, in quanto che il cloroformio veniva a tingersi in un colore giallo-verdiccio dovuto all'eccesso di cloruro ferrico che mascherava il colore dell'indaco.

Anche questa però, di dovere cioè indicare al pratico dosi esatte della sostanza da aggiungere, mi sembrò che potesse rappresentare un inconveniente allo scopo che mi ero prefisso. Tanto più che con un semplice completamento di tecnica, già indicato dal Rosembloom, si può far riapparire la reazione in tutta la sua intensità, anche se questa è momentaneamente mascherata da altre sostanze.

Se infatti, disinteressandoci se nell'acido cloridrico commerciale abbiamo messo un eccesso di ruggine, si lascia a reazione ultimata che il cloroformio precipiti in fondo e si decanta il liquido urinoso-cloridrico soprastante — il che si ottiene facilissimamente —, e se al cloroformio che è rimasto si aggiunge dell'acqua e si torna a capovolgere diverse volte la provetta in modo che quest'ultimo si liberi dall'eccesso di cloruro ferrico che gli ha impartito una colorazione giallo-verdastra, il cloroformio stesso, qualora l'orina contenga indacano, assume immediatamente la colorazione caratteristica più o meno intensa, e non certo inferiore a quella che si ottiene col metodo classico.

Riassumendo, per la ricerca dell'indacano nelle orine io consiglio di servirsi di acido cloridrico commerciale, al quale sia stata aggiunta una certa quantità (non inferiore a grammi due per mille e eventualmente in eccesso) di ruggine in polvere o di limatura di ferro. In quest'ultimo caso conviene aspettare diversi giorni prima di adoperare il reattivo, per avere la sicurezza che il cloruro ferroso formatosi in un primo tempo si sia tutto trasformato in cloruro ferrico.

Quando si ha a propria disposizione tale reattivo si metta fino a 1/3 di una provetta l'orina (eventualmente dealbuminizzata in precedenza) e fino a 2/3 l'acido cloridrico grezzo così preparato; si lasci riposare la miscela per 5-10 minuti; si aggiungano poi 2-3 cmc. di cloroformio e si agiti per diverse volte il tutto in modo che quest'ultimo possa completamente estrarre l'indigotina.

Lasciata poi in riposo la provetta e ottenuta la sedimentazione del cloroformio, si decanti il liquido sovrastante, si metta al posto

di esso dell'acqua, e si torni nuovamente ad agitare a più riprese il contenuto della provetta. Il cloroformio, liberato con questo lavaggio del cloruro ferrico, apparirà, qualora la reazione sia positiva, colorato più o meno intensamente in bleu, talora con sfumature di viola.

La modificazione quindi che io propongo, mentre da un lato non riduce affatto la sensibilità della reazione, ha il vantaggio nei confronti del metodo originale di offrire al medico pratico un reattivo di costo assai minore dell'acido cloridrico puro, che si può facilmente trovare dovunque, e che può sempre essere con estrema semplicità completato per ciò che si riferisce alle sue proprietà ossidanti.

BIBLIOGRAFIA.

JAFFÉ M. Pffügers Arch., 1870, Bd. 3, pag. 448.
OBERMAYER. Wien. Klin. Woch., 1890, Bd. 9, pag. 176.
LOUBIOU A. Rev. chim. anal. appl., 1897, vol. 5, pag. 61.
MONFET L. Soc. Biolog., 1903, vol. 55, pag. 1251.
HOLLAENDER H. Jahresber. d. Thierchem., 1905, Bd. 35, pag. 368.
STRZYZOWSKI C. Oester. Chim. Zeit, 1901, Bd. 4, pag. 465.
DENIGES G. Bull. des trav. de la Soc. de Pharm. de Bordeaux, 1904, pag. 257.
DALAND J. Jour. Am med. Assoc., 1909, vol. 53, pag. 1446.
ARENA F. Atti R. Acc. Med. Chir. di Napoli, 1906, n. 1.
AMANN J. Jahresber. d. Thierchem., 1898, Bd. 27, pag. 323.
ROSSI L. Gazz. chim. ital., 1906, vol. 36, pagina 877.
SALKOWSKI E. Zeitschr. f. physiol. Chem., 1908, Bd. 57, pag. 515.
FERRARI LELLI F. Gazz. degli Osped., 1907, n. 93, pag. 970.
BARBERIO M. Policlinico, Sez. prat., 1911, n. 17, pag. 517.
ROSENBLOOM I. New York Medic. Journ., 25 ottobre 1913.

IGIENE.

Avvelenamento da piombo mediante farina impura.

In relazione ai casi di intossicamento da piombo dovuti all'uso di farina impura riportati dal dott. d'Afflitto nel Policlinico, sezione pratica, pag. 454 di quest'anno mi sembra meritevole di ricordare un avvelenamento in massa da piombo verificatosi nell'Austria inferiore sotto analoghe circostanze ritenuto anche qui dapprincipio per influenza. (Linnemann Oesterr. Sanitätswesen, 1902, n. 33). In una casa colonica si erano ammalati improvvisamente e simultaneamente tutti i familiari padre, madre, tre figli e due figlie (bambine) con vomito, dolori attorno l'ombellico, stipsi, cui dopo circa una settimana seguirono delle diarree. Tutti erano anemici, cachettici, mandavano un fetore penetrante dell'alito, presentavano l'orlo gingivale attorno i denti di colore grigio-lavagna e così pure la stessa tinta alla mucosa delle gote tra le due arcate dentarie. Uno dei bambini aveva avuto anche epistassi. Era chiara la sindrome del saturnismo cronico.

Esclusa come fonte dell'intossicamento l'acqua, i recipienti per l'acqua ed il vino, il vasellame di cucina, si pensò alla farina come causa dell'avvelenamento, quando un domestico, il quale si era ammalato assieme ai familiari, guari appena abbandonata quella famiglia e si riammalò con i medesimi sintomi dopo fattovi ritorno.

L'esame chimico della farina diede 0,168 % di Pb, pari a 0,181 % di PbO.

Il piombo era penetrato nella farina con la macinazione del grano in un molino domestico.

I familiari guarirono dopo sospeso l'uso della farina incriminata e con la somministrazione continua di IK e bagni caldi, dopo sei mesi e mezzo di malattia.

Altri casi si ebbero in un comune del Trentino nel 1916. Anche qui l'inquinamento della farina era avvenuto con la penetrazione di particelle di piombo staccatesi dalla pietra di macina superiore alla quale è attaccato in una incavatura il ferro di mulino.

Sebbene i mulini casalinghi siano oggi quasi abbandonati, tuttavia se ne incontrano ancora qua e là nelle campagne e sarebbe bene che gli ufficiali sanitari ed i medici condotti richiamassero l'attenzione del pubblico sul pericolo grave che importa l'uso del piombo per saldare il ferro nella pietra da macina, sulla responsabilità penale cui vanno incontro i trasgressori.

Parenzo (Istria). Dott. M. GIOSEFFI.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Sanatorio Croce Rossa Italiana.
Eremo di Lanzo.

Un nuovo strumento per semeiotica.

Dott. Francesco Rossi, assistente.

Se, sperimentando su un individuo con pneumotorace, si tiene una moneta, a guisa di plessimetro, nella fossa sottoclaveare, mentre con un'altra si percuote su di essa, si risveglia un suono metallico che può essere udito dall'orecchio appoggiato alla parete toracica opposta, quando l'altro orecchio venga chiuso con un dito.

Il timbro di tale suono è modificato dalla presenza di aderenze o di versamenti. In corrispondenza di aderenze e di ispessimenti pleurici il suono passa dal metallico all'ottuso a seconda della loro entità: rispetto ai versamenti il comportamento varia secondo che la percussione avviene più in alto del livello e la ascoltazione in corrispondenza del versamento; oppure percussione ed ascoltazione avvengono in corrispondenza del versamento stesso.

Nel primo caso il suono è ottuso; nel secondo argentino (sintoma di Sieur o di Heubner-Danezac).

Nella pratica non è comodo ricorrere a tale mezzo di indagine, perchè occorre l'aiuto di una persona che faccia la percussione, ma sopratutto perchè questa deve essere di grado uniforme, cosa difficile ad ottenersi.

Ho perciò ideato e costruito un piccolo strumento che rende il medico indipendente dal soccorso altrui e col quale il grado di percussione può variare soltanto intenzionalmente, mentre è indipendente dalla posizione dell'apparecchio e sopratutto dal grado di pressione occorrente per farlo funzionare.

L'apparecchio verrà esposto alla prossima Mostra di Padova.

Una modifica al “ Sifone di Freyer ,,.

La lettura della nota del chiar.mo prof. Sigurtà «Nuovi Strumenti di Chirurgia vescicale» mi ha suggerita l'idea di far conoscere una modifica al Sifone di Freyer, apportata in un caso di Epicistotomia, in soggetto prostatico con ritenzione acuta incompleta ed ematurie persistenti, operato dal prof. Bonomo coadiuvato dal prof. Celozzi e da me.

Fu applicato il sifone di Freyer completo (1 tubo di caoutchouc vulcanizzato della lunghezza di cm. 12, largo cm. 2 1/2, congiunto, per mezzo di un tubo di vetro di diametro leggermente più piccolo ad un lungo tubo di gomma pescante in un recipiente contenente una soluzione antisettica), ma esso non funzionò bene, per il volume della prostata che giungeva quasi fino alla ferita operatoria. Ed allora si pensò di togliere il tubo lungo, lasciando in posto quelli di caoutchouc e di vetro, e vi si introdusse, facendolo giungere in vescica sino ad oltrepassare di 2 cm. l'estremità del sifone, un Nélaton n. 20, che fu fissato al tubo di vetro. Il resultato fu il migliore che potesse attendersi: lo svuotamento della vescica si compie totalmente attraverso il Nélaton che pescava in un recipiente posto tra le gambe del paziente: e tutto il sistema servì ottimamente per i lavaggi a doppia corrente, nei quali il tubo di deflusso fu rappresentato dal tubo esterno che, d'altra parte, mantenne bene aperta la ferita e, combaciando perfettamente con le pareti di essa, impedì che l'urina vi si insinuasse. Ho creduto utile riferire tale modifica perchè, rispondendo perfettamente alle esigenze del caso, fu di facile attuazione e di nessun costo.

Bari, 8 marzo 1922.

Dott. Vincenzo Bonomo.

COMMENTI.

Ancora delle cisti tenosinoviali e tubercolosi.

Alle tre osservazioni cliniche rese note dal dott. Antongiovanni G. B. nel n. 17 di questo giornale, corr. anno, credo opportuno riferire che ho avuto occasione di curare molti casi di cisti tenosinoviali e di averne ottenuto la guarigione con iniezioni, nelle cisti stesse, di mezzo cc. di tintura di iodio, ripetuta, ogni 15 giorni circa, per due o tre volte.

In qualche portatore di queste cisti ho potuto rilevare dei precedenti tubercolari indubbi, in altri no; sta il fatto però che l'iodio, così efficace nelle affezioni tubercolari chirurgiche, mi ha dato sorprendenti risultati senza ricorrere all'intervento operatorio.

Di questi giorni pure ho in cura, per cisti tenosinoviale del polso, una donna, V. L., di anni 42, che in precedenza fu ammalata di spondilite dorsale tbc. ed ebbe una sorella morta di tbc. polmonare, fatto questo che viene a suffragare l'idea, espressa dal dott. Antongiovanni, che queste cisti sieno di natura tubercolare.

Preganziol, 26 aprile 1922.

Dott. Gaetano Tasso.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

Contributo alla patologia della parotide.

(Dott. MARTA ERLIC. *La Presse Médicale*, 15 febbraio 1922).

Gli studi degli ultimi anni hanno dimostrato esistere una relazione fra ghiandola parotide e le altre ghiandole a secrezione interna. Spesso infatti la parotite epidemica è complicata da orchiti, ovariti e talora pancreatiti, mastiti, timiti. Mohr ha osservato una ipertrofia delle ghiandole salivari in casi di atrofia degli organi genitali. Haemerli ha descritto una ipertrofia delle ghiandole salivari in un gozzoso. Le ricerche sperimentali sulla funzione delle ghiandole salivari, considerate come ghiandole a secrezione interna, sono poche e si riferiscono esclusivamente alla parotide. Pagliari e Pignotti hanno provocato un dimagramento notevole in conigli, estirpando loro la parotide, e hanno ottenuto un miglioramento con iniezioni di estratto di parotide e con innesti di questa ghiandola. Haemerli non ha ottenuto alcun cambiamento dopo l'estirpazione della parotide nei topi. L'A. ha estirpato la parotide a tre conigli, senza ottenere alcuna modificazione nel loro stato generale.

Negli anni dal 1916 al 1919 l'A. ha avuto occasione di esaminare 1676 bambini da 2 a 13 anni e 300 lattanti, e ha rilevato che le parotidi in un certo numero di casi erano palpabili e presentavano una superficie nettamente granulosa. La mancanza di dolori e di febbre faceva escludere un processo infiammatorio, mentre la consistenza, la bilateralità, la mancanza di aderenze facevano escludere un neoplasma, la tubercolosi o la sifilide. Nei bambini dai 7 ai 13 anni le parotidi erano palpabili l'8 % dei casi, nei bambini da 2 a 6 anni il 13 % dei casi. Nei lattanti non si verificò mai ipertrofia delle parotidi. Le osservazioni sono state fatte nel periodo di guerra in cui le popolazioni erano a regime di carestia. È da rilevare che dal 1918 al 1919 su 184 bambini esaminati è stato riscontrato un solo caso di ipertrofia delle parotidi.

L'A. si pone la domanda se esiste un rapporto fra lo stato di nutrizione cui erano soggetti i bambini in quel periodo speciale di guerra e la ipertrofia parotidea rilevata. L'esame generale dei bambini in cui si palpavano le parotidi dimostrò che erano gracili, alcuni affetti da rachitismo e tubercolosi ghiandolare. Nessuna ipertrofia fu riscontrata nei lattanti, che quasi niente risentivano del regime di carestia. Nel 1919, in cui si ebbe il ritorno al regime di alimentazione normale, non vennero più rilevate ipertrofie parotidee. Perciò è evidente una relazione fra regime di carestia e ipertrofia delle ghiandole parotidi. Si può supporre che occorresse una maggior copia di saliva sia per la qualità degli alimenti, sia per una ragione d'ordine meccanico, essendo gli alimenti in gran parte secchi. Ma sarebbe difficile spiegare la mancanza di ipertrofia delle altre ghiandole salivari, che non fu mai trovata. Se noi accettiamo l'ipotesi che la parotide è una ghiandola a secrezione interna si potrà pensare che dei disturbi endocrini provocati da una alimentazione difettosa siano causa della sua ipertrofia. Ma la mancanza di conoscenze sulla funzione parotidea ci impedisce di discutere questa ipotesi. Le condizioni in cui furono compiute le osservazioni non permisero tutte quelle indagini che avrebbero potuto chiarire i rapporti fra la parotide e le altre ghiandole a secrezione interna.

ANSALDI.

SEMIOTICA.

Il " deficit „ del polso nella diagnostica cardiologica.

(C. LUNDSGAARD. *Ugeskrift for Laeger*, 1922, pag. 1541).

Si chiama *deficit* del polso la differenza numerica tra il battito cardiaco e il polso radiale nell'unità di tempo. Esso è di grande aiuto per la diagnosi della fibrillazione auricolare, che è generalmente possibile senza ricorrere allo specialista e al moderno istrumentario, ed è tanto più importante da quando si è osservato che la chinidina riesce spesso ad arrestare il *flutter*, e la fibrillazione auricolare, sua non rara sequela.

Se il paziente è in riposo, un solo osservatore può contare successivamente i battiti del cuore e del polso, ciascuno per un minuto, ma l'esame dopo lo sforzo richiede due osservatori, che compiano contemporaneamente le due conte, guardando lo stesso orologio, perchè la tachicardia provocata dallo sforzo diminuisce rapidamente.

Ricerche sull'argomento furono compiute da Robinson e Draper nel 1912 al Rokefeller Hospital, e da James e Hort nel 1914.

La misura sistematica del *deficit* ha messo in evidenza come talora ad un polso di fre-

quenza normale possa corrispondere una notevole tachicardia.

Un'aritmia associata a notevole *deficit* del polso è generalmente un'aritmia perpetua: per distinguerla dall'estrasistole l'A. dà le seguenti norme.

Nell'estrasistole dei periodi di polso completamente regolare sono seguiti spesso la pause che ricorrono più o meno periodicamente (contrazioni estrasistoliche precoci, inefficaci): il ritmo si può riottenere contando a tempo anche durante le pause. L'irregolarità estrasistolica fu paragonata al trotto di un cavallo che ogni tanto inciampa, senza perdere il ritmo. Nella fibrillazione invece manca ogni ritmo; e il polso è irregolare e ineguale.

In molti casi di estrasistole con *deficit* del polso, la frequenza dei battiti cardiaci è normale o diminuita, mentre nella fibrillazione tale frequenza è aumentata. Nell'estrasistole si ha bradisfigmia e normocardia; nella fibrillazione tachicardia e normosfigmia, o lieve tachisfigmia.

Di regola l'esercizio fa diminuire o annulla il *deficit* nell'estrasistole, lo esagera o lo mette in evidenza nella fibrillazione. Il *deficit* può essere di poche battute al minuto fino ad oltre cento. La diminuzione del *deficit*, sia nel riposo che dopo l'esercizio, indica di solito un miglioramento. Talora la digitale nei fibrillanti provoca un aumento di frequenza del polso, rendendo efficaci molte sistoli che prima non lo erano; ciò non è affatto indice che abbia fallito l'azione terapeutica, ma essa va controllata con l'ascoltazione. Vinta una volta l'insufficienza assoluta del cuore, durante l'insufficienza relativa il *deficit* del polso è buona guida per la terapia; di regola bisogna insistere con la digitale, con i suoi vari preparati, o con i succedanei, finchè il *deficit* del polso è scomparso tanto nel riposo che dopo lo sforzo (purchè sia un *deficit* da fibrillazione).

L'A. ricorda un paziente ricoverato durante un accesso di edema polmonare, curato prima con forti dosi di digitale, poi con la chinidina, nel quale scomparve il *flutter* da cui era affetto e il *deficit* del polso.

Il *deficit* va ricercato anche quando i pazienti vengono a farsi rivedere: la sua ricomparsa indica la necessità di un nuovo trattamento; talora tuttavia il *deficit* è ribelle ad ogni cura. Dal punto di vista prognostico il *deficit* del polso non è ancora abbastanza studiato.

DORIA.

NEUROPSICHIATRIA.

Tubercolosi, neuropsicopatie e delinquenza.

(R. COLELLA. *Annali di Nevrologia*, 1921, fascicolo VI).

Nel corso della tubercolosi si riscontrano non di rado disturbi diversi da parte del sistema nervoso, che possono modificare i sintomi e l'evoluzione della malattia e che devonsi riferire a condizioni patogenetiche differenti. Tali disordini si manifestano con fenomeni psichici, motori, sensitivi, trofici.

Sono ben note le localizzazioni secondarie della infezione tubercolare nelle meningi, nel cervello, nel midollo spinale ed anche nei nervi periferici. Meno studiata è la influenza della tubercolosi nella etiologia e nella patogenesi delle neuro-psicopatie e segnatamente se in rapporto fra tubercolosi e deliquenza. Su questo argomento porta più particolarmente il suo contributo l'autore, contributo notevole per l'abbondanza del materiale di studio, per il rigore dell'osservazione e lo spirito critico. Ci limitiamo a darne le conclusioni.

Nel corso delle tubercolosi si possono riscontrare disordini del sistema nervoso che si producono nella sfera periferica ed in quella centrale. Non è raro osservare lo sviluppo dei sintomi della neurite multipla, a cui possono associarsi talvolta disordini delle funzioni psichiche; la origine dei quali ultimi è dovuta verisimilmente alla influenza delle stesse condizioni morbose che provocarono la polineurite (psicosi polineuritica).

La tubercolosi assume il valore di fattore patologico nelle affezioni neuro-psicopatiche. Il bacillo della tubercolosi aggredisce, crea le alterazioni del tessuto nervoso ed inquina l'organismo, operando per un'azione chimica, generale di prodotti solubili di origine microbica; gli agenti infettivi fabbricano un veleno, e la infezione finisce in tal modo con la intossicazione. Sono queste sostanze tossiche che avvelenano il sangue ed il sistema nervoso, agendo di preferenza su parti diverse dell'arco neuro-muscolare: ora sulle fibre periferiche (polineurite, ecc.), ora sulla sostanza cerebrale (disordini psichici elementari o vere psicopatie), talvolta ledendo l'uno e l'altro sistema ad un tempo (psicosi polineuritica). Perchè tali agenti patogeni attacchino gli elementi nervosi, è pur necessario che altri fattori ne abbiano preparato il terreno di cultura (eredità, antecedenti neuro-psicopatici).

La sintomatologia della *polinevrite tubercolare* è assai complessa e variabile. In alcuni casi i sintomi possono consistere in disordini

motori e trofici, localizzati o diffusi, che costituiscono il fatto predominante (*nevriti amiotrofiche*). In alcuni altri casi i disturbi nervosi interessano particolarmente la sensibilità, rivelandosi con dolori, ipoestesia o anestesia, iperestesia, iperalgesia, ritardo nella trasmissione delle impressioni (*nevriti dolorose o anestesiche*).

In altri casi infine i disturbi sensitivi si vedono associati alla paralisi più o meno grave e diffusa, all'atrofia muscolare, all'abolizione dei riflessi (*forma sensitivo-muscolare*). A questi fenomeni morbosi si aggiungono d'ordinario disturbi vasomotori e trofici (cianosi, edema, alterazione della pelle e delle unghie, escare, ecc.), e sintomi generali (disturbi dispeptici, vomiti ostinati, alterata secrezione dell'urina, notevole dimagramento). Disordini della sfera psichica sono talvolta associati con i sintomi della neurite multipla.

La *sindrome psichica*, indipendentemente dalla sua non frequente combinazione con i fenomeni della neurite multipla, presenta una notevole varietà di quadri morbosi e forme cliniche ben definite. Sono vere sindromi psicopatiche la pseudo-paralisi generale, la epilessia convulsiva e psichica, gli stati psiconeurasteniformi, la demenza precoce, la confusione mentale acuta, la psicosi maniaco-depressiva, la paranoia acuta, gli stati isteroidi, l'indebolimento mentale. Oltre a ciò i disturbi psichici dei tubercolotici si manifestano come disordini elementari della mente; nei quali appartengono lo stato mentale dell'infermo di tubercolosi, è altresì il suicidio, la prostituzione, la delinquenza. Infine si può riscontrare la psicosi polineuritica di origine tubercolare, la quale affezione va completamente distinta dalle psicopatie degli individui con infezione tubercolare. Nulla autorizza ad affermare che le neuro-psicopatie tubercolari sono forme morbose specifiche.

Le alterazioni anatomiche osservate nel sistema nervoso periferico e centrale confermano il meccanismo di azione della tubercolosi su tutto l'asse cerebro-spinale. Si riscontrano lesioni degenerative dei nervi periferici sensitivi, motori o misti, spinali e cranici (nevrite parenchimale), e atrofia degenerativa dei muscoli. Queste nevriti possono essere associate a lesioni della midolla spinale e degli altri organi centrali del sistema nervoso. Esse si possono riscontrare, però, ugualmente in soggetti nei quali i centri nervosi e le radici spinali non mostrano lesioni. Le alterazioni motoriali profonde dell'arco neuro-muscolare appartengono, senza eccezione o quasi, alle forme croniche; e rivelano la intensa e diffusa azione esercitata dai veleni tubercolari.

La relazione tra tubercolosi e delinquenza è abbastanza stretta. Il delitto, e talvolta il suicidio, compiuto dai tubercolosi, indicano la loro pericolosità.

Prevalgono i delitti contro la persona (ferimenti, aggressioni, omicidi, ecc.); meno frequenti sono i reati sessuali (oltraggi al pudore, violenze carnali, ecc.); assai rari sono i reati contro la proprietà.

Il pervertimento del carattere e l'indebolimento mentale sono le manifestazioni morbose a cui vanno riferiti i numerosi delitti contro sè stessi o contro gli altri, compiuti dai tubercolosi. E la causa di questa condizione è in dipendenza dello stato tossiemico, e altresì di un'anomalia costituzionale del soggetto.

Nell'apprezzamento medico-legale dei tubercolosi, nei reati che possono commettere, è necessario distinguere per quanto è possibile, le due diverse entità di disordini mentali: quelli elementari, comuni a tutti i malati (stato mentale del tubercoloso), e quelli complessi, osservabili nei soggetti che presentano quadri nettamente psicopatici (psicosi o neuropsicosi tubercolari). Nell'apprezzamento dell'imputabilità penale è da ritenere, in generale, questa imputabilità diminuita nei tubercolosi.

Di fronte alla società, che il tubercoloso tende ad offendere ed offende di continuo per la sua morbosa condizione cerebrale, è da ritenersi come un essere pericoloso.

La profilassi contro la tubercolosi è anche la profilassi contro il delitto dei tubercolosi.

dr.

CHIRURGIA.

Sulla tecnica per chiudere ampie breccie della parete toracica.

(JEHN. *Centralbl. f. Chirurgie*, 1921, p. 477).

Le perdite estese di sostanza a carico della parete toracica sono per lo più di origine traumatica. In chirurgia di pace sono le conseguenze di ampie resezioni per tubercolosi, actinomicosi, e specialmente per tumori primari o diffusi delle mammelle o del polmone. Alle conseguenze immediate di queste perdite di sostanza, ai pericoli del pneumotorace aperto si avvia con l'applicazione di apparecchi a pressione. Diversamente stanno le cose con la questione della loro chiusura e dell'eliminazione del pneumotorace secondario come pure dell'infezione della cavità pleurica: momenti capitali per l'ulteriore decorso clinico della malattia.

Il metodo più semplice, che è quello della sutura circolare del polmone alla finestra toracica, con o senza contemporaneo tamponamento della pleura s'è mostrato sufficiente in chirurgia di guerra, nella chirurgia di pace rappresenta un ripiego. Anche la mobilizzazione delle parti molli vicine, pelle e muscoli, deve in molti casi essere accettata come tale. Per aperture ampie, però, non è possibile. Più vantaggiosamente si può ricorrere a plastiche con organi vicini, come Sauerbruch ha proposto ed eseguito in un'ampia resezione per carcinoma diffuso dalla mammella, servendosi della mammella dell'altro lato mobilizzata.

Nelle cliniche di Zurigo e di Monaco fu impiegato più volte a questo scopo il diaframma mobilizzato mediante interruzione del nervo frenico.

Una indicazione a questo genere di intervento possono essere i sarcomi delle costole della parte inferiore del torace che per la loro localizzazione formano — secondo l'A. — quasi un tipo a sè.

Reciso e resecato ampiamente il tumore, si apre la pleura sotto camera a pressione negativa. Quando il polmone non sia fisso riesce facilmente di trovare in profondità — spostato l'organo — il nesso frenico. Lo si interrompe dentro il torace. Il diaframma si pone allora, dopo una breve contrazione, in posizione espiratoria, di paralisi. Lo si afferra allora con una forza e lo si tira contro la apertura toracica, il che riesce facilmente per la sua cedevolezza. Indi lo si sutura allora con punti pericostali profondi e la pleura riesce ad essere chiusa così ermeticamente. Si mobilizzano poi, se rimangono ancora, le parti molli circostanti e si fissano allo stesso diaframma. Dopo alcuni giorni ne procede un'epitelizzazione che va a coprire il diaframma mentre la pleura che ne forma la superficie esterna secerne alquanto. Nessuna alterazione da parte degli organi addominali.

Segue un caso clinico del genere, in cui erano state resecate V, VI e VII costa destra per 10 cm. ciascuna dall'ascellare anteriore al margine sternale, previo lembo cutaneo concavo in alto.

In guerra il metodo fu impiegato, prevalentemente nelle ferite tangenziali con o senza lesione del polmone, del diaframma ed eventualmente anche del fegato e della milza.

Se si tratta di solo strappamento della parete toracica si procede come fu detto sopra.

Se è lacerato anche il diaframma è bene — dopo aver interrotto il frenico e regolarizzata la ferita del diaframma — suturare il margine superiore di questo al margine superiore della breccia toracica e tamponare quindi la cavità sottodiaframmatica che risulta formata dal diaframma, dal fegato e dalla parte bassa della parete toracica.

Quando sia compromesso anche il polmone, la chiusura, ora descritta, della cavità pleurica, deve essere preceduta da sutura del polmone.

Anche di questa applicazione traumatologica del metodo è riportato un esempio. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Trattato di Anatomia Patologica diretto dal prof. PIO FOÀ. — Presso l'Unione Tipografico-Editrice Torinese.

Abbiamo già avuto occasione di parlare di questa opera destinata a dare al pubblico medico italiano la cognizione dello stato attuale dell'Anatomia Patologica, attraverso le molteplici produzioni analitiche e sintetiche di tutto il mondo. Pubblicati i primi sei capitoli di parte speciale, che possono costituire il primo volume dell'opera, e constante di oltre mille pagine, con 320 figure nel testo e 9 tavole in nero e a più colori, cominciò sin dal giugno u. s. la pubblicazione dei nuovi capitoli di parte speciale che potranno con altri in via di pubblicazione, o in involontario ritardo, costituire un secondo volume di oltre mille pagine. Di questo sono già usciti tre capitoli e precisamente quelli che trattano dell'apparato respiratorio, delle ghiandole endocrine e delle malattie della pelle, mentre fra poche settimane ne uscirà un quarto che tratta delle malattie dell'encefalo. Di quelli già pubblicati segnaliamo il capitolo sull'apparato respiratorio (prof. Foà), nel quale dal naso alle pleure sono estesamente trattate tutte le parti del medesimo, e in cui vanno segnalate anzitutto la parte che riguarda l'anatomia patologica dell'influenza, quella che riguarda le esperienze fatte durante la guerra sulle lesioni prodotte da gas asfissianti, e quella che riguarda la tubercolosi polmonare. Quest'ultima, molto estesa, presenta aggiornate tutte le questioni relative ai fenomeni iniziali e all'interpretazione delle alterazioni principali che costituiscono l'insieme della tubercolosi polmonare. Più di cento figure nere e colorate illustrano il testo, il quale fu provato con soddisfazione nello svolgimento delle lezioni scolastiche, alle quali porge un aiuto prezioso.

Il capitolo del prof. Pepere sulle ghiandole endocrine porge una completa immagine dello stato attuale tanto progredito sulle alterazioni degli organi a secrezione interna e sulla loro

importanza funzionale. Il testo, di oltre 300 pagine. è illustrato da 76 figure nere e colorate.

Infine va segnalato per la precisione delle descrizioni, per la sobrietà del testo e per la opportuna scelta delle 46 illustrazioni che lo illuminano, il breve e pratico capitolo sulle malattie della pelle redatto dal prof. Enzo Bizzozero, distinto specialista della materia.

Nel mese di maggio sarà pubblicato, come si disse, il capitolo sulle malattie dell'encefalo, redatto dal prof. Guizzetti.

Frattanto fu eseguita la ristampa del primo capitolo (Foà) che era esaurito, e si sta compiendo quella del secondo capitolo (Vanzetti).

A. S.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 marzo 1922.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, presidente.

Nuovo processo operatorio per la tenodesi del quadricipite estensore della gamba.

Prof. R. DALLA VEDOVA. — Come per altre articolazioni, anche pel ginocchio in casi di paralisi o di paralisi dell'estensore non compensabili mediante trapianto tendineo che portino a ciondolamento, in luogo di ricorrere alla artrodesi si può procurare un buon ricupero funzionale con la fissazione tendinea.

Per ottenere tale tenodesi l'O. propone un nuovo processo che consiste nel provocare (mediante un intervento cruento di lieve entità) il saldamento osseo della rotula al tratto corrispondente della troclea femorale, nell'atteggiamento di estensione della gamba.

Il goniocatatometro.

Prof. R. DALLA VEDOVA. — L'O. presenta un istrumento da lui ideato per lo studio e la misura della rotazione intersegmentale ed interframmentale e della torsione segmentale scheletrica degli arti.

E ne illustra quelle che considera le essenziali caratteristiche; e cioè la facilità dell'uso accompagnata dalla esattezza dei reperti.

Lo sviluppo dell'articolazione del quadrato mandibolare nei rettili.

Prof. P. DORELLO. — L'O., dopo aver brevemente riassunto lo stato attuale della questione della omologia dell'articolazione temporo-mandibolare dei mammiferi coll'articolazione mandibolare dei non mammiferi, rileva l'importanza che può avere per risolvere il problema la dimostrazione della presenza di un vero menisco nell'articolazione mandibolare dei non mammiferi. Mentre quasi tutti gli osservatori sostengono che il menisco è un acquisto proprio dei mammiferi, Fuchs ammette che un menisco più o meno sviluppato può trovarsi nell'articolazione mandibolare di certi uccelli e di certi rettili. L'O. ha creduto opportuno di studiare il problema nella Seps, nella quale per la poca mobilità del quadrato la presenza del menisco sarebbe certamente vantaggiosa per la funzionalità dell'articolazione. Seguendo lo sviluppo dell'articolazione si vede che questa si forma in seno ad un blastema, interposto tra la cartilagine di Meckel e la quadrata e che in fine non si ha la formazione di veri menischi, ma di tessuto la cui trama connettivale delicata che ha straordinaria ricchezza di vasi e la topografia debbono farlo considerare come introflessione della sinoviale.

Per lo studio radiografico dell'anca nella posizione laterale. (Nota preventiva).

Dott. C. MARINO ZUCO. — L'O. ricorda i metodi proposti per la radiografia di «profilo» dell'anca e illustra una posizione da lui ideata mostrandone delle fotografie.

Presenta un lastra «tipo», varie radiografie e calchi di radiografie eseguite in casi di lussazione dell'anca e di fratture descrivendole e dimostrandone l'importanza per stabilire gli spostamenti nel senso antero-posteriore dei componenti l'articolazione.

Conclude riepilogando i criteri che lo hanno guidato, cioè:

ottenere un atteggiamento che potesse essere realizzato nei sofferenti delle anche;

ottenere un atteggiamento che potesse ripetersi, con lievi variazioni nelle varie prove rendendo confrontabili tra loro le lastre;

ottenere una visione dell'osso innominato e del femore tale che permettesse di stabilire nel miglior modo i rapporti reciproci fra cotile, testa, collo e diafisi femorale;

ridurre al minimo possibile le deformazioni che il variare del raggio di incidenza determina nelle proiezioni.

Ricerche ulteriori su la batteriologia dell'influenza.

Prof. B. GOSIO. — L'O. espone le ulteriori ricerche da lui compiute su la batteriologia dell'influenza che avvalorano sempre più il concetto che si tratti di tossiemia e non di setticemia, e che agente produttore sia il B. di Pfeiffer.

In rapporto alla biologia parassitaria del *B. influentiae* conclude affermando:

1) che il vero e proprio parassitismo naturale di esso viene solo a compiersi a carico della superficie mucosa respiratoria quando è disposta a riceverlo;

2) che il fenomeno fino ad un certo punto ha molta analogia colla coltura in vitro, cioè di produzione d'una carica tossigena, penetrante in circolo per l'intenso fagocitismo spontaneo;

3) che se trapianti in organi interni possono prodursi, essi hanno per lo più carattere di simbiosi;

4) che all'indagine tossimetrica si distinguono varietà pfeifferiane *ipertossiche*, predominanti nel periodo pandemico, e varietà *ipotossiche*, predominanti nelle intercorrenze epidemiche.

E. GROSSI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Disturbi vasomotori nelle emiplegie cerebrali.

Ricerche comparative sulla pressione del sangue nel lato sano e nel lato paralizzato vennero eseguite dal Kahler (*Wien. klin. Wochenschr.*, n. 10, 1922) in 23 casi di emorragia cerebrale, 18 casi di encefalomalacia trombotica, 9 casi di malacia embolica e 2 casi di tumore cerebrale. Nei casi di paralisi flaccida, la pressione era maggiore al lato paralizzato; evidentemente perchè l'assenza delle inibizioni corticali rendeva possibile un aumento di tono dei vasocostrittori innervati da centri situati al disotto della lesione. Il fenomeno contrario, cioè una diminuzione della pressione sanguigna al lato paralizzato, esisteva nei casi di paralisi spastica; l'interpretazione di ciò è oscura.

Già precedentemente l'A. aveva constatato, che in malati di affezioni cerebrali accompagnate da ipertensione del liquor, la puntura lombare produceva un aumento della pressione del sangue (eccitazione del centro vasomotorio, ipereccitabile nei casi di ipertensione cerebrale). Studiando tale fenomeno sugli emiplegici, l'A. osservò, che nei casi nei quali la lesione era corticale o vicina alla corteccia, la pressione del sangue aumentava egualmente in tutti e due i lati dopo la puntura lombare; mentre nei casi nei quali la lesione era sottocorticale la puntura lombare era seguita da aumento della pressione sanguigna limitata al solo lato sano. Tale fenomeno dipenderebbe da una lesione del centro vasomotorio, che avrebbe quindi sede sottocorticale, e sarebbe localizzato nella regione dei gangli basali. È probabile che esistano anche dei centri vasomotori corticali, centri che potrebbero non venire eccitati dalla puntura lombare. Ammessa la localizzazione del centro vasomotorio nella regione dei gangli basali, nei casi di lesioni più basse potrebbero essere lese le vie che da questo centro si dipartono. L'A. dimostrò infatti in 9 malati di lesioni pontine, che in seguito alla puntura lombare la pressione del sangue rimaneva invariata in tutti e due i lati. Evidentemente lo stimolo dato dalla puntura lombare non arrivava al centro vasomotorio, per la lesione delle vie vasomotorie di ambedue i lati, secondo recenti vedute, le vie vasomotorie dei due lati decorrono quasi unite nel ponte, vicinissime alla linea mediana.

POLLITZER.

Crisi viscerali e loro trattamento.

I metodi chimici d'esplorazione dello stomaco hanno portato ad esagerare i disturbi secretorii di quest'organo, lasciando nell'ombra i disturbi della motilità, di cui l'osservazione clinica semplice basta a dimostrare tutta l'importanza: è così che insorgono con frequenza sensazioni moleste di peso, oppressione, dolore, nel cavo epigastrico, accompagnate da eruttazioni inodore e insipide, subito dopo i pasti, quando non hanno ancora potuto prodursi disturbi secretorii o fermentazioni anomale e manca qualsiasi altro fenomeno dispeptico apprezzabile. Possono anche prodursi rigurgiti, vomiti. I vecchi clinici parlavano, in tali casi, *gastrospasmo*, di natura funzionale o anche legato ad ulcere, a neoplasie, ecc. Forme definite ne sono il *pilorospasmo* e il cosidetto *cardiospasmo* (che consiste piuttosto in mancato rilassamento dello sfintere cardiaco).

L'elemento spasmodico assume un compito considerevole anche in svariate affezioni intestinali; può essere provocato da corpi estranei (residui alimentari indigesti, entozoi, calcoli biliari e stercoracei) e da altre cause d'irritazione che hanno sede nell'intestino stesso od esternamente (stenosi, ulcerazioni, interventi operativi, peritoniti, ecc.). Questo *enterospasmo*, caratterizzato dalle sensazioni moleste o dolorose, può rivestire andamento cronico e con la sua persistenza compromettere gravemente la salute. Può assumere due forme: peristaltismo esagerato (dissenteria, certe diarree, ecc.). o forma statica (stitichezza spasmodica), probabilmente secondo gli elementi nervosi che entrano in gioco (vago, simpatico). Può interessare i vari segmenti dell'intestino: *spasmo cecale, rettale, colica appendicolare*, ecc.

Le crisi viscerali che hanno per substrato una contrazione violenta della muscolatura liscia sono molto più numerose ed includono tutti gli organi cavi; vi rientrano le *coliche epatiche*, quelle *nefritiche*, quelle *uterine*, quelle *vescicali*, gli *spasmi bronchiali* (in alcuni casi di asma), ecc.; ne fanno parte anche tutte le *crisi tabetiche*.

Una forma speciale è data dalle *crisi solari*, descritte da Moutier e caratterizzate da accessi di pulsazioni dell'aorta, visibili all'epigastrio, e da pulsazioni di altre arterie, che il paziente percepisce come dolorose.

Secondo Pal, di Vienna, nelle crisi viscerali entra sempre in gioco lo spasmo della muscolatura liscia delle arterie; perciò egli preferisce designarle come *crisi vascolari*.

Per quanto concerne la patogenesi, probabilmente alle volte entrano in gioco l'ipertonia del sistema simpatico, altre volte quella del sistema autonomo o vagale.

Come rimedio specifico dello spasmo si considera l'atropina; ma la farmacologia dimostra che a dosi deboli l'atropina eccita il sistema autonomo e quindi può aggravarne i disturbi, mentre invece essa modera il sistema simpatico. A dosi abituali modera soltanto gli spasmi del sistema autonomo, ma non quelli del simpatico. Costituisce allora il rimedio per eccellenza degli spasmi viscerali da ipertono del vago e dell'ipersecrezione; ma se entra in gioco l'ipertono del simpatico, l'atropina fallisce, anzi aggrava i disturbi, perchè frena il sistema antagonista.

Sapendola graduare, l'atropina dovrebbe rendersi utile in tutt'e due i casi; ma spesso non corrisponde, perchè le forme vagotonica e simpaticotonica non sono nettamente separate e perchè riesce difficile di regolare il dosaggio.

A causa dei frequenti insuccessi avutisi nell'uso dell'atropina, Moutier ha pensato di servirsi dell'antagonista fisiologico di questo alcaloide, l'eserina o fisostigmina.

Egli si giova del salicilato neutro, il quale è meno alterabile del solfato e del cloridrato, i due sali che avevano fatto sconsigliare l'uso della fisostigmina. Moutier prescrive:

Salicilato neutro d'eserina . . .	ctgr.	1
Glicerina a 28°	cmc.	3.5
Acqua distillata	»	1.5
Alcool a 95° q. b. per	»	10

Di questa soluzione si fanno prendere tutti i giorni 10 gocce, tre volte al giorno, prima dei pasti; oppure da 10 a 60 gocce a dosi crescenti e decrescenti. Restando in questi limiti, la tolleranza è perfetta; in un solo caso Moutier ha avuto qualche vertigine, ma debolissima, forse non prodotta dal medicamento, di cui non venne interrotta la somministrazione.

La fisostigmina sarebbe indicata nei casi di eccitazione del simpatico. Moutier ne vanta anche buoni successi nelle crisi solari in soggetti colpiti da stenosi mitrale. Negli stati spasmodici poco dolorosi e nelle malattie viscerali organiche, il rimedio è inutile o dannoso.

Conviene rilevare che l'oppio e la morfina, lungi dal calmare gli spasmi viscerali da ipertono del simpatico, sono controindicati: la morfina li favorisce nettamente. Le ricerche di Pal hanno dimostrato che crisi gastriche, coliche da colelitiasi, stitichezza spasmodica, asma, ecc. cedono invece ad un altro alcaloide dell'oppio, la papaverina. Pal non sorpassa 8 centigr. di cloridrato di papaverina per volta, 24 centigr. in 24 ore: come tutti i narcotici, la papaverina non può essere maneggiata con una certa larghezza.

Questo inconveniente non esiste ricorrendo ad un nuovo agente terapeutico introdotto da Davide I. Macht, farmacologo della Johns Hopkins University. Il Macht ha potuto convincersi che l'azione antispasmodica della papaverina e di altri alcaloidi dell'oppio è dovuta al gruppo *benzile*. Egli ha cercato di preparare dei composti che contenessero questo radicale e che potessero maneggiarsi senza timore di produrre effetti tossici. Il benzoato di benzile risponde a questo scopo: esso ha già dato ottimi successi. Se n'è già occupato con ampiezza il dott. Filippini in questo periodico.

Conviene utilizzare una soluzione alcoolica al 20%, di cui si fanno prendere da 5 a 40 gocce (secondo l'età e la resistenza del paziente e la gravità del caso), in acqua fredda; questa dose può essere ripetuta 3-4 volte in 24 ore.

L. V.

Il cloruro di sodio nella cefalea.

La cefalea spesso dipende da un aumento della tensione intracranica: ciò probabilmente accade nella febbre, nelle varie tossiemie da stasi intestinale, nella cefalea periodica idiopatica.

Secondo Weed e Mc. Ribben la pressione del liquido cerebrospinale viene ridotta notevolmente mercè l'iniezione intravenosa di soluzioni concentrate di sali di sodio, od anche la semplice ingestione di soluzioni concentratissime (Cushing e Poley). Le purghe saline diminuiscono la cefalea molto tempo prima della catarsi. W. Hughson (*Journ. A. M. A.*, p. 1859) propone il cloruro sodico a scopo terapeutico, per la sua elevata pressione osmotica e per la relativa innocuità: vengono assorbiti entrambi i radicali e non ha effetto drastico.

Per evitare la nausea consiglia compresse da 1 gr. rivestite di salolo, che traversano lo stomaco immutate e si sciolgono nelle secrezioni alcaline del tenue.

Se ne prendono 2 o 3 ogni cinque minuti, col minimo possibile di acqua, fino ad ingerirne 10 o 15. In mezz'ora o tre quarti le lievi cefalee scompaiono. Il metodo è controindicato nei nefritici, negli ipertesi, ed in coloro che hanno oltrepassato l'età media.

Foley ne avrebbe ottenuto buoni risultati nelle cefalee da tumori intracranici e da idrocefalo.

Il metodo potrebbe servire a differenziare le cefalee da ipertensione da quelle di altra origine.

DORIA.

Contro il vomito nella malaria.

Nei vomiti gravi, che rendono spesso difficili la cura e l'alimentazione, L. Wood (*The Practitioner*, dic. 1921) consiglia di somministrare cloridrato di adrenalina (4/10 di cmc.) in acqua (g. 60); nei diversi casi trattati, l'A. ha avuto buoni effetti nella cessazione sia del vomito che dell'ematemesi. *fil.*

SEMEIOTICA.

Il valore della curva della glicemia alimentare per la diagnosi del cancro gastrointestinale.

Ingerendo, a digiuno, gr. 100 di destrosio, nei normali si ha la massima glicemia dopo tre quarti d'ora (da 0,09 % glicemia a digiuno, va a 0,165 %, in media); essa torna al valore iniziale dopo due ore, ma talvolta la discesa è più lenta (spesso nell'achilia gastrica).

Nei carcinomatosi la glicemia a digiuno è generalmente più alta (0,14-0,17 %); dopo l'ingestione giunge a 0,20-0,23 % e discende assai lentamente. Nei carcinomi del tratto gastrointestinale, dopo due ore non è discesa in modo apprezzabile.

J. Friedenwald e G. H. Grove (*Americ. Journ. of med. Scienc.*, gennaio 1922) trovarono la curva tipica in 75 casi di cancro gastrointestinale, dei quali tre con carcinomatosi generale; non la trovarono in altri cento casi tra i quali cinque di cancro localizzato altrove, e poi sifilide gastrica, ulcera gastrica, achilia gastrica diarrea, dissenteria, colelitiasi, enteroptosi, dispepsia nervosa, ecc. Essi prendevano il sangue a digiuno, 45 minuti, e 2 ore dopo l'ingestione del destrosio e dosavano lo zucchero col metodo di Epstein.

Riferiscono che la prova riuscì positiva anche in alcuni casi di sifilide gastrica, colelitiasi, peritonite tubercolare, e negativa in qualche caso di cancro del tubo digerente; essa non è attendibile se v'è diabete, nefrite, disturbi tiroidei.

Riferiscono brevemente tre casi clinici: estirpato il tumore la curva della glicemia ritornò al normale.

Concludono che questa prova, pur non essendo patognomonica, ha discreto valore, in concorrenza con gli altri sintomi, per la diagnosi differenziale delle affezioni del tubo digerente. DORIA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Basi sperimentali, importanza biologica e clinica della linfocitosi.

S. Bergel (*Berliner Klin.*, 1921, rif. in *La Presse médicale*, n. 100, 1921), ha dimostrato l'esistenza di una lipasi nei linfociti, ed è riuscito a determinare un afflusso chemiotattico linfocitario nei tessuti con l'iniezione in questi di sostanze grasse. I linfociti incorporano i grassi e li digeriscono: durante i vari stadi della digestione si assiste a modificazioni del nucleo e del citoplasma, parallelamente alla attività chimica; il linfocito, forma di riposo, si trasforma in grande linfocito, cellula di transizione, grande mononucleare, forma di attività. Queste varie cellule non rappresentano dunque, funzionalmente, che una sola e identica categoria di cellule il cui aspetto morfologico varia secondo la fase di riposo o di attività.

Anche clinicamente, in molti stati patologici accompagnantisi a linfocitosi, può constatarsi la prova dell'unità funzionale dei linfociti e dei diversi mononucleari; così durante la digestione dei grassi, nella linfocitosi di guerra, nella sifilide, nella tubercolosi, negli orecchioni, nella leucemia linfoide.

La lipasi linfocitaria secondo l'A., può agire specificamente come anticorpo contro un dato lipoide; gli essudati ricchi di linfociti non distruggono che l'involucro lipoidico dei globuli rossi di quella specie che è servita a preparare l'animale.

Questa lipasi si comporta come un profermento e richiede, per esser attivata, l'intervento di un complemento.

La reazione linfocitaria va considerata come un processo di difesa contro gli agenti patogeni di natura lipoidica: la lipasi si mostra capace di distruggere i bacilli della tubercolosi: dopo inoculazione intraperitoneale di bacilli in un animale resistente (sorcio) si vedono i bacilli inglobati dai linfociti, poscia spogliati della loro guaina cerea, e trasformati in forme granulose di Much ed infine completamente disintegrati: *in vitro* si può ugualmente constatare la lipolisi dei bacilli con essudati ricchi di linfociti o con il succo ganglionare di animali preparati precedentemente con iniezione di bacilli. I linfociti ed i gangli sono dunque una difesa naturale contro l'infezione tubercolare: la reazione linfocitaria dei focolai tubercolari ha anche un compito notevole nella reazione alla tubercolina in seguito all'unione dell'antigene lipoi-

dico e dell'anticorpo lipasico nei confini del focolaio tubercolare.

L'A., mostra anche i rapporti che legano la linfocitosi al metabolismo dei grassi ed alle sue anomalie, alle ditesi essudative, alla malattia di Basedow: Bergel sostiene inoltre che nella sifilide i linfociti ed i loro derivati, le plasmazellen, rappresentano la sorgente degli anticorpi, essi segregherebbero contro le spirochete di natura lipoidica, un ambocettore lipasico specifico, la cui esistenza si rivela nella reazione di Wassermann.

Ai linfociti infine spetta il compito del riassorbimento dei prodotti di degenerazione grassa, specialmente nelle affezioni dell'asse cerebro-spinale.

Dal punto di vista diagnostico, la linfocitosi ha un certo valore: essa caratterizza le affezioni il cui agente è di natura lipoidica: così con essa si esclude, per esempio, la presenza di un ascesso caldo o l'intervento dei comuni piogeni

Dal punto di vista prognostico anche ci è utile la linfocitosi: una tubercolosi che evolve con forte linfocitosi ed un potere lipolitico aumentato, sarà di prognosi relativamente favorevole così anche per la sifilide.

MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1261) *Nell'iperidrosi dei piedi.* — Al dott. O. Boschi da Pieve Albignola:

Nell'iperidrosi dei piedi occorre anzitutto tener presente se non esistano disturbi circolatorj (varici) ed allontanare tutto ciò che può dar luogo a stasi sanguigna (giarrettiere, scarpe troppo strette, ecc.).

L'uso sistematico di accurate applicazioni locali con unguento di piombo (Hebra) è molto consigliato dagli autori tedeschi; così pure è utile il sapone ipergrassato alla formalina. Si vanta pure il *liquor antihidrorroicus Brandau*, rimedio segreto che gode molta fama (v. JESSNER, *Terapia delle malattie della pelle*, Unione tip. editr. p. 119, 120 e NEISSER e JADANCHN, *Malattie della pelle*, Soc. ed. Dante Alighieri, pag. 417 e 418). Altri rimedi sono ben noti.

V. MONTESANO.

(1262) Dottor G. R., abbonato n. 4811:

Il quesito proposto è troppo particolare ed individuale perchè la sua soluzione possa trovar posto in questa rubrica. Comunque riteniamo che allo stato dei fatti convenga solo attendere e confidare nella virtù medicatrice della natura. *dr.*

(1263) Al dott. C. P., abb. n. 3393:

Chieda alla Casa Editrice Masson & C.ie (Boulevard Saint-Germain, 120, Paris VI) il fascicolo del « Bulletin de l'Académie de Médecine », contenente l'elenco dei concorsi a premi indetti dall'Accademia. Avvertiamo che quasi tutti i premi sono destinati o vengono assegnati a francesi, per lo più legati ai commissari da rapporti di scuola. L. V.

VARIA

Astrologia e Medicina.

La Medicina fu per molti secoli strettamente legata all'Astrologia. La mancanza di cognizioni in ispecie anatomiche (erano proibite le dissezioni dei cadaveri) faceva brancolare nel buio i nostri antichi colleghi che dinanzi al mistero della malattia spesero le loro migliori intellettuali energie per dimostrare l'influenza del Macrocosmo, ossia dell'Universo, nel Microcosmo, ossia del corpo umano.

Ogni astro corrispondeva per loro a una parte del corpo: il Sole al cervello, la Luna allo stomaco e ai polmoni. Mercurio alla lingua, alle mani, alle gambe e ai nervi, Saturno al sangue, alle narici e al dorso, Venere alla bocca, ai reni e....

L'Ariete alla testa, il Toro al collo, il Cancro al petto, la Vergine all'intestino, il Capricorno ai ginocchi, l'Acquario alle gambe, i Pesci ai piedi....

Dalla congiunzione di questi astri dipendeva il portamento e il trattamento della malattia. Una ferita al braccio ricevuta mentre la Luna si trovava nella costellazione dei Gemelli era giudicata molto pericolosa. Quando un medico si trovava in presenza di una affezione del petto allorchè la Luna era nel segno del Cancro, doveva attendere che ne fosse uscita per cominciare la cura. Così i medici, i chirurgi e i barbieri dovevano aver sempre a loro disposizione un buon Lunario.

Quanti di cotesti pregiudizi sentiamo ancor noi oggi pronunciare dalle bocche di quel volgo tardo e lento ad abbandonare le vecchie idee e che si vorrebbe già maturo per dirigere i supremi destini dell'umana società!

T. C. I.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MANZOTTI ADOLFO. *Un caso non frequente di rottura traumatica dello stomaco. Un caso raro di aderenza placentare al capo di feto mostruoso.* — Modena. E. Bassi, 1921.

MARAGLIANO VITTORIO. *Il quadro radiologico nei processi di guarigione della tubercolosi polmonare.* Milano. Tip. Enrico Zerboni, 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I consulti medici dei giornali politici.

Il prof. D. Barduzzi pubblica nel *Medico Italiano* il seguente articolo:

Nell'ultima seduta della Sezione Senese dell'Associazione Nazionale dei medici liberi esercenti ho presentata una mozione acciò fosse deliberata una protesta, non solo contro l'esercizio abusivo della medicina dei ciarlatani, e persino dei preti e dei frati, che hanno osato di aprire al pubblico nelle canoniche, nei conventi, dei veri ambulari medico-chirurgici; ma in particolare maniera contro il nuovo sfruttamento di quei giornali politici quotidiani di grande formato, che hanno organizzata una consulenza continua, rispondendo a tutti i quesiti che loro vengono rivolti da chiunque, nei mòdi i più confusi ed incompleti.

Questa *consulenza medica per piccola posta*, come la chiama Pangloss del periodico «Il Policlinico», non ha altro fine che quello di adescare ingenui per *accrescere nomea* al proprio giornale creando anche una concorrenza fra l'uno e l'altro, screditando l'esercizio della medicina, con codesto nuovo espediente. Questi consulenti, se sono veramente dei medici offendono la dignità della professione per lucro, se sono soltanto copiatori di ricettarii o di trattati di medicina e di chirurgia, o di ostetricia, o di ginecologia, contravvengono sfacciatamente alle disposizioni di legge, queste oggi spesso inosservate.

Chiunque può a proprio agio leggere queste rubriche quotidiane, queste tribune da ciarlatani, o nel *Paese*, o nel *Mondo*: i giornali *perfezionati*, venuti ora in luce, nei quali si trovano i pareri e le prescrizioni richieste da *Lucia*, da *Itonomene*, da *Dora* e *Dedi*, da *Almeone*, da *Fathima*, dall'Ingegnere A. B., dalla *Mammina*, e dalla *Passera grigia* e da cento altri pseudonimi.

Se si esaminano le ricette che codesti *consulenti* a larga mano dispensano, si rileva con quale leggerezza spediscono, oltrechè consigli di salute, ricette anche con medicamenti pericolosi per le dosi, ovvero per la qualità dei medicamenti velenosi, come per le larghe indicazioni di specifici dell'una o dell'altra Casa produttrice.

Non possiamo però essere concordi con *Pangloss*, il quale opina che il fatto nuovo non meriterebbe di essere rilevato se si dovesse considerare solo come uno dei tanti espedienti per aumentare la diffusione dei giornali, oggi che sono tròppo aumentati di numero, non derivandone, a suo dire, per sè, alcun danno alla classe medica, sebbene il parere, il consiglio dati da un anonimo in brevi risposte stampate in un giornale, abbia per gli ingenui un grande fascino.

Egli soggiunge per altro che non sarà male sorvegliare la nuova specie di *letteratura* perchè le degenerazioni, anche contro la volontà dei primi ideatori del sistema, siano possibili.

Il mio giudizio dissente perchè sono persuaso che il nuovo espediente è spesso invece dannoso a coloro che vi ricorrono, e costituisce un disdoro e un danno alla pratica medica, che deve essere seria, oculata, coscienziosa, ed altresì uno spregio alle leggi della deontologia e a quelle contro l'abuso dell'esercizio della medicina stessa.

Non va pertanto sorvegliata codesta tribuna, gratuita per il cliente; ma dalla Federazione dell'Ordine dei Medici deve essere combattuta e denunciata come ha deliberato la Sezione Senese di proporre alla Federazione stessa.

Il prof. Barduzzi bene ha fatto a riprendere la questione sollevata dal «Policlinico».

E siamo ben lieti di rilevare che in fondo il preteso dissenso è inesistente. Il fatto stesso della denuncia dell'inconveniente implicava una riprovazione ed una deplorazione, che del resto, fu fatta chiara ed esplicita. Usammo una forma blanda perchè i pericoli della degenerazione della medicina per piccola posta erano, allora, in potenza o per lo meno non manifesti.

Allora le finalità commerciali dei consulti medici dei giornali politici erano abilmente truccate ed il sospetto di affarismo, se sorgeva spontaneo per ragione di analogia con la piccola posta di altro genere, non aveva fondatezza reale.

Oramai se il trucco non fosse riconosciuto e svelato, si potrebbe passare per ingenui o peggio.

E ci affrettiamo a rilevare che i casi citati dal prof. Barduzzi sono i più innocenti ed anche i più innocui. Se egli vedesse altri giornali della capitale troverebbe materia di più giustificato sdegno e di più meritata rampogna. Attraverso certa piccola posta, apprenderebbe che tutte le malattie del colto e dell'inclita dell'Italia centrale dipendono da disturbi endocrini, che naturalmente si curano con prodotti opoterapici.

E ciò con quanto godimento dei semplicioni che abboccano all'amo, non è dato ancora di sapere.

Nella nota che ha dato rilievo al prof. Barduzzi scrissi: «Non sarà male sorvegliare tale specie di letteratura. Come la piccola posta amorosa e mondana può prestarsi alla pubblicità di cose di moda, di profumieri e simili, quella medica potrebbe prestarsi alla *réclame* di prodotti farmaceutici».

L'avvertimento non è stato raccolto. Gli istituti che dovrebbero provvedere alla tutela della dignità della classe medica non pare che si siano accorti finora di nulla.

Nessuna protesta è stata fatta contro questa indecorosa forma di attività professionale, che dà un altro colpo al prestigio dei medici.

Pangloss.

MEDICINA SOCIALE.

Unione Veneta di Medicina Sociale.

Il 9 aprile nella sala dell'Ateneo Veneto, con grande concorso di autorità e di cittadini convenuti da ogni parte del Veneto, la «Commissione Veneziana a favore delle popolazioni rimaste nelle terre già invase» chiuse l'opera sua poderosa e benefica, durata quattro anni e perseguita con costanza, con fede e con alti sensi di umanitarie e patriottiche virtù.

Erano tra i presenti S. E. Umberto Merlin, sottosegretario di Stato alle Terre Liberate; S. E. Raimondo Ravà, commissario governativo delle Terre Liberate, il sindaco di Venezia prof. Davide Giordano, deputati, senatori, i sindaci di molti comuni del Veneto, ecc., ecc. Lesse la relazione di chiusura il presidente della Commissione gr. uff. avv. Umberto Castellani.

Nella stessa adunanza venne costituita l'«Unione Veneta di Medicina Sociale» eretta in Ente Morale con Decreto Reale su proposta del Ministro delle Terre Liberate, di concerto con quello dell'Interno, che ne hanno l'alta vigilanza. Ne lesse lo statuto il notaio Gian Antonio Sartori — il santo laico, come lo definì e chiamò Luigi Luzzatti —; esso è condensato in pochi articoli, tra cui l'art. 2 precisa gli scopi dell'Istituzione:

«L'Unione ha per iscopo di:

«*a*) svolgere una attiva propaganda igienica contro le malattie nella scuola, nelle organizzazioni operaie, in seno a tutte le collettività, a mezzo della stampa, della cinematografia, delle conferenze e di altri mezzi possibili;

«*b*) stimolare gli Enti locali in accordo con la Direzione generale di Sanità e coi suoi organi periferici e con la Croce Rossa Italiana a valersi delle disposizioni di legge vigenti per la creazione di dispensari antitubercolari, preventorî, sanatorî, ospedali specializzati, colonie alpine e marine, per la lotta antitubercolare e le altre malattie che minacciano l'esistenza dell'infanzia;

«*c*) promuovere ogni provvidenza od utile iniziativa nel campo agricolo, edilizio, industriale, che tenda a sanare moralmente e materialmente l'ambiente, migliorando le condizioni di vita e creando almeno una elementare coscienza igienica;

«*d*) dar vita direttamente a dispensari e sanatorî ove vi sieno le possibilità finanziarie ed in accordo colle associazioni ed Enti che abbiano scopi analoghi a quelli dell'Unione, coordinandone ed intensificandone l'azione;

«*e*) provvedere all'assistenza sanitaria dei fanciulli che ebbero a patire danno nella salute in conseguenza alle privazioni subìte durante l'invasione nemica;

«*f*) curare la raccolta di elementi statistici».

Il Sartori dilucidò poi, con semplice e convinta parola, il programma propostosi dall'Unione; parlarono anche l'on. Bergamo, il barone De Chantal, il prof. Giordano, il dott. Pagani, l'avv. D'Incà, il prof. Pichini, il dott. Tumiati ed altri; infine S. E. Merlin portò il saluto del Governo e così concluse:

«Venezia, la città del dolore e della gloria, segna oggi, con un modesto inizio, una nuova opera di pace, e lo fa alla vigilia del giorno in cui si raccoglie quell'assise internazionale che io voglio sperare darà al mondo la vera pace. Venezia mandi oggi il suo saluto a Genova che agli altri titoli d'onore, auguriamo possa aggiungere quello di essere la città della pace».

In seno all'assemblea venne nominato il Consiglio direttivo, il quale procedette poi a costituire l'Ufficio di Presidenza, che risultò così composto:

Presidente: gr. uff. avv. Umberto Castellani — *Vice Presidenti*: dott. prof. cav. Piero Ballico e dott. prof. Giovanni Rubinato — *Direttore sanitario*: on. Guido Bergamo — *Tesoriere*: cav. uff. Giovanni Nicoletti — *Segretario*: notaro cav. Gian Antonio Sartori — *Membri*: dott. Ruggero Botteselle, prof. Pietro Guseo, cav. Francesco Asquini, cav. Antonio Bellina, Giuseppe Barbante, avv. Agostino D'Incà, dott. Cesare Benoni, avv. Celso Fabbro, on. avv. Rodolfo Protti, dott. Corrado Tumiati, dott. Franco Sacchetto, on. Amedeo Sandroni, un medico provinciale da nominarsi dal Governo a termini dello statuto — *Revisori dei conti*: Colaussi Nicolò fu D., cav. Giovanni Cenedese.

La «Voce Sanitaria» fu dichiarata ad unanimità organo ufficiale del nuovo Ente. *a. p.*

Cronaca del movimento professionale.

Fascio di Azione e Difesa Medica.

Si è costituito a Torino col seguente programma:

1) *Pensione di Stato pei liberi professionisti*, che si agitano oggi fra le difficoltà economiche, non valendo il loro reddito professionale a togliere la grave preoccupazione della vita nella vecchiaia.

2) *Assicurazione obbligatoria contro le malattie*: vigilare acchè il progetto, così com'è redatto, venga portato alla pubblica discussione alla Camera, e qualora ciò avvenisse di sorpresa, promuovere un'energica agitazione, al fine di ottenere quei temperamenti della legge, richiesti concordemente dagli interessati;

3) *Ufficio medico-legale*; è stato costituito per: *a*) curare la esazione stragiudiziale e giudiziale delle competenze professionali dei soci mediante corresponsione di una percentuale sull'incasso; *b*) offrire ai soci un servizio di consulenza legale, civile e amministrativa, per tutte le questioni in cui potessero essere interessati.

4) procurare agli inscritti al Fascio tutti i migliori vantaggi nel campo professionale ed economico, intervenendo, su richiesta, nelle questioni riguardanti i soci sia presso terzi, sia presso pubbliche Amministrazioni.

A presidente della Giunta esecutiva è stato chiamato il dott. Agostino Borini.

Gli Ufficiali sanitari della Calabria.

A Catanzaro, nella Sede dell'Ordine dei Medici, è stata convocata l'assemblea degli Ufficiali Sanitari liberi esercenti della Calabria. Il Presiden-

te dott. Sebastiano Serrao lesse ai convenuti la relazione sullo stato morale ed economico dell'Associazione al 31 dicembre 1921, esponendo il lavoro eseguito dalla Presidenza, per ottenere i miglioramenti economici della classe, per la tutela dei diritti dei soci e quello spiegato dal Presidente dell'Associazione Nazionale dott. Arturo Grassi, per la riforma della legge sui servizi igienico-sanitari, per la tutela dei diritti acquisiti dagli attuali ufficiali sanitari.

L'assemblea, approvando ad unanimità il resoconto 1921, ha deliberato di pubblicare per intero la relazione sul giornale «Calabria Sanitaria»: ed ha formulato un voto di ringraziamento al dott. Arturo Grassi, Presidente dell'Associazione Nazionale.

Eleggibilitá amministrativa dei Medici Condotti.

In risposta all'on. Pivano, l'on. Casertano, sottosegretario all'Interno, ha dichiarato che in merito alla richiesta dei M. Condotti di avere l'eleggibilità amministrativa comunale e provinciale, quando si discuterà la legge elettorale si cercherà di dare ai Medici Condotti ed ai Maestri il diritto alla eleggibilità amministrativa provinciale non quella della eleggibilità a consigliere comunale per evidenti ragioni di incompatibilità.

Norme adottate in provincia di Siracusa per l'elenco dei poveri.

La Giunta Provinciale Amministrativa della Provincia di Siracusa ha approvato le seguenti norme generali per la compilazione dell'elenco dei poveri aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita e alla gratuita somministrazione dei medicinali:

1) All'iscrizione nell'elenco dei poveri sarà provveduto per unità di famiglia, intendendosi cioè che l'iscrizione del capo di famiglia importa la conseguente contemporanea iscrizione di tutte le persone con lui conviventi, nonchè degli esposti e dei dati a baliatico, purchè il reddito annuo complessivo ed al netto del capo famiglia, anche col concorso da parte di tutti i componenti, non sia superiore alle L. 3000, e ciò sino a tanto che durerà l'attuale costo della vita;

2) Le persone singole che non ritraggono dalla pensione, dal proprio capitale o dal proprio lavoro un reddito complessivo annuo netto superiore alle L. 1500 dovranno essere comprese nell'elenco dei poveri e ciò anche per la durata dell'attuale costo della vita;

3) Le modificazioni dei criteri di cui ai nn. 1 e 2 possono essere consentite per condizioni locali speciali da mettersi in rilievo con motivata deliberazione della Giunta comunale.

Ha ordinato a tutti i Comuni della provincia di inserire nei propri regolamenti igienici e di vigilanza sanitaria d'approvarsi dal Consiglio comunale e dalla G. P. A. le dette norme.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9399) *Compensi all'ufficiale sanitario.* — Dottor G. C. da S. — Allorchè si compiono gli accessi indicati nei quesiti, competono, ancorchè si abbia vettura propria, i compensi stabiliti dall'art. 86 del vigente regolamento generale sanitario. Per le visite fatte a richiesta degli interessati spetta egualmente compenso nella stessa misura di quello che avrebbe corrisposto il Comune.

(9400) *Classifica dei concorrenti.* — Dott. M. M. da T. — Tutti i concorrenti, anche se forniti della sola laurea, possono entrare in graduatoria, perchè sono tutti elencati per ordine del rispettivo merito, tenuto conto del giudizio complessivo dei titoli presentati. Però sono indicati per la nomina tutti coloro che sono classificati con 27 punti o con punti più vantaggiosi fino al 30. Gli altri compresi nella graduatoria restano indietro. L'ufficiale sanitario nominato in base a concorso deve inscriversi alla Cassa di previdenza. Non si possono riscattare anni di servizio e tanto meno quelli di libero esercizio.

(9401) *Visite mediche fra colleghi.* — Dott. C. C. da G. — Essendo dettata da spirito di cameratismo, riteniamo che anche nel regolamento sanitario per la R. M. siavi compresa una disposizione analoga a quella in vigore presso il R. E. Le visite reciproche si fanno in ogni caso sempre che sia possibile, o che l'infermo trovisi imbarcato o che trovisi in servizio sedentario.

(9402) *Malattia contratta in servizio - Medico condotto interinale.* — Dott. P. S. da R. — Le disposizioni contenute nella legge e nel Regolamento sanitario a riguardo dei congedi per infermità, si applicano ai medici titolari delle condotte, cioè, a quelli che sono nominati in base a concorso, ma non ai medici interini, la cui posizione non è mai stabile. Se, però, nei rispettivi contratti fosse incluso qualche patto che stabilisce il trattamento economico a farsi in caso di infermità contratta o meno in servizio, si potrebbe includere anche la corrisponsione di parte o di tutto dello stipendio che viene ordinariamente corrisposto.

(9404) *Indennità caro-viveri.* — Dott. E. F. da C. — Che la sua nomina a medico condotto interino sia posteriore al D. L. del 9 marzo 1919, numero 338, non monta perchè detto decreto si applica a tutti i medici che risultano nominati od in servizio di condotta dal 1° gennaio 1919 ad oggi. Di guisa che, tranne nel caso che nell'atto di nomina sia esplicitamente dichiarato che nello stipendio si intende compreso la detta indennità, ha diritto di averla. Si rivolga alla G. P. A.

(9405) *Concorsi - Nomina del primo graduato.* — Dott. M. D. S. da P. — Il parere del 12 dicembre 1913, circa la nomina del primo graduato nei concorsi per la nomina di medici condotti, non è stato mai contradetto, nè è stato seguito da altri. In occasione di nomine di altri impiegati comunali, interpretando l'art. 98 del Regolamento per la legge comunale e provinciale, lo stesso Consiglio di Stato ha ribadito il concetto di doversi procedere alla nomina del 1° incluso nella graduatoria.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARI. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario dei comuni di Bari e di Bisceglie e dei mandamenti di Capurso, Canneto e Grumo Appula. L'eletto per i comuni di Bari e Bisceglie sarà pure, con l'approvazione del Prefetto, capo dell'Ufficio igienico sanitario comunale; l'eletto ai Consorzi mandamentali suddetti, sarà pure capo dell'Ufficio sanitario mandamentale d'igiene e sanità e delle singole sezioni dei comuni associati. Titoli ed esami. Documenti alla Prefettura non più tardi delle ore 12 del 30 giugno. Per chiarimenti rivolgersi agli Uffici della Prefettura.

CASTEL VITTORIO (*Porto Maurizio*). — L. 5940 oltre L. 5400 p. uff. san. Scad. 31 maggio.

CREMA. *Consiglio degli Istituti Spedalieri.* — A tutto il 31 maggio, medico-chir. assistente. Età massima 35. Servizio col 16 giugno. Nomina biennale prorogabile. L. 4000 nette di R. M.; doppio c.-v.; per ogni servizio di guardia notturna L. 8. Camera. Per le condizioni richiedere annunzio.

GHISALBA (*Bergamo*). — Consorzio con Cavernago. Al 31 maggio. Ab. circa 3200 di cui circa 2000 pov. Stipendio e indennità a' sensi di capitolato concordato.

GUARDEA (*Perugia*). — Al 20 mag.; L. 6000, doppio c.-v., L. 200 per uff. san. Situaz. di famiglia. Serv. entro 10 giorni.

MODENA. *Municipio.* — Capo della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Municipale d'Igiene; a tutto il 31 mag., ore 17.30; età limite 39 non compiuti. L. 7800; 3 trienni e 2 quinquenni di L. 700, oltre a un aumento di L. 1000 dopo 10 anni; doppio c.-v.; percentuale sulle analisi. Titoli ed esami.

POGGIO BUSTONE (*Perugia*). — Poveri e mutilati: L. 6000 per 1000 pov., c.-v.; L. 2000 indenn. spec.; 3 quinq. decimo; se meno di 300 abbienti L. 1000 resid. pov.; alloggio; cav. a car. del Comune oltre 2 km. Scad. ore 18 del 30 maggio.

PORDENONE. *Ospedale Civile di S. Maria degli Angeli.* — I concorsi ai posti di capo reparto medicina, assistente e radiologo presso l'Ospedale sono prorogati a tutto 31 maggio.

SOPRAPONTE (*Brescia*). — Con Vallio; L. 7000 per un terzo della popolaz.; L. 1000 mezzo trasp.; lire 300 uff. san.; doppio c.-v. Scad. 31 maggio.

TRAPANI. — Condotte rurali di Locogrande e di Fulgatore; L. 5000 fino a 1000 pov., addizion. L. 3, cinque quinquenni, L. 1500 cav. Scad. 25 maggio.

VENEZIA. *R. Prefettura.* — A tutto il 15 giugno. Concorso ad ufficiale sanitario nel Comune di Portogruaro; L. 9000 con aumenti quadriennali decimo; caro-viveri come impiegati di Stato; indennità trasporto come i medici condotti; indennità malaria L. 1500. Per schiarimenti rivolgersi alla Prefettura.

VOLTERRA. *Congregazione di Carità.* — Medico assistente nel Manicomio di S. Girolamo. Scad. 31 maggio. Età massima 45. Certificato di competenza tecnica. L. 10,500 e 5 quadr. del decimo; L. 800 indenn. alloggio; due c.-v. di L. 100 mens. ciasc., ridotti a L. 165 compless. se l'eletto è celibe. Chiedere annunzio.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Spresiano (Treviso), Tarcetta e Treppo Grande (Udine), Fontanetto di Agogna (Novara), Ligonchio (Reggio Emilia), Pontedera (Pisa) per il capoluogo e la fraz. di La Rotta.

Revoca di diffide: Provincia di Reggio Emilia, Roccagrimalda (Alessandria).

Nuovi boicottaggi: S. Eufemia della Fonte (Brescia) a favore del dott. Giuseppe Arrighi; Caccuri (Catanzaro) a favore del dott. Ambrosio.

Il concorso per S. Anatolia di Narco-Scheggino (Perugia) è boicottato a favore del dott. Arturo Vannuccini.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

I proff. Giacinto Viola e Giuseppe Moriani sono incaricati degli insegnamenti di patologia medica e di medicina legale presso l'Università di Bologna.

Sua Santità Pio XI ha nominato suo medico privato il comm. dott. Andrea Amici. Il dott. Amici, già medico privato di Pio X, curò l'attuale Pontefice quando era prefetto della Biblioteca Vaticana.

NOTIZIE DIVERSE.

Per lo sviluppo della idrologia italiana.

In un'adunanza indetta a Milano dalla Sezione per l'Italia Settentrionale della « Associazione Medica Italiana di Idrologia e Climatologia » convennero, oltre il presidente generale prof. Devoto, l'on. prof. Bussi da Roma, il prof. Valenti da Parma, il prof. Roasenda e il dott. Pinali da Torino, il prof. Gavazzeni da Bergamo, il dott. Sardi da Padova, il dott. Oreffice da Venezia, ecc.; di Milano erano presenti i proff. Medea, Preti, Valdameri, comm. Bertarelli, dott. Diviani, Bergonzi, cav. Saccani, La Rosa, ecc. Numerose le adesioni. Presiedeva il prof. Piccinini, assistito dal segretario prof. A. Vinaj.

Si riaffermò un programma multiplo di lavoro sia a favore delle stazioni idroclimatiche dell'Italia Meridionale, come per tutta la idrologia italiana. Si prospettò l'opportunità di un prossimo concorso fra i medici italiani sui temi che riguardano la difesa e la valorizzazione del nostro patrimonio naturale crenoterapico. Si approvò il concetto della costituzione di una biblioteca idroclimatologica italiana, che troverà ospitalità nella Clinica del Lavoro.

Furono fatte comunicazioni scientifiche dal professer A. Valenti « sull'azione delle acque sulfuree sui muscoli lisci »; dal prof. Melocchi « sui prodotti del glutine nella alimentazione del diabetico »; dal dott. Sardi « sul contenuto di torio e di mesotorio nei fanghi delle Terme neroniane di

Montegrotto». Il prof. Devoto riferì sulla «Società Internazionale di Idrologia Medica di Londra», alla attività della quale prenderà parte, al più presto, anche un gruppo di studiosi italiani. Furono trattate la tassa di bollo e beneficenza, che tanto sfavorevolmente grava sugli stabilimenti idroterapici e termali, e che sta per essere razionalmente modificata, per l'interessamento dell'on. Bussi e del Fascio Medico Parlamentare; nonchè della Federazione recente fra gli stabilimenti balneari, ecc., presieduta dal comm. Rebucci, e delle difficoltà in cui si dibattono le industrie delle acque minerali nostre, di cui è pressochè impossibilitato il consumo interno nonchè le esportazioni.

Si votò un ordine del giorno che suona viva protesta contro la «tassa di soggiorno», quale è oggi applicata.

Accolse unanime plauso il progetto con precisione esposto dal prof. Devoto, riguardante la Stazione Internazionale di Idrologia di Napoli.

Riforma manicomiale.

Nei giorni 14 e 15 marzo u. s. si riunì a Roma, presso il Ministero dell'Interno, la Commissione di studio per le riforme da apportarsi alla legislazione manicomiale; presiedeva il sen. Berio. La Commissione ha esaminato brevemente alcuni principii fondamentali delle riforme, ed ha proceduto ad una ripartizione di lavoro fra i suoi membri. Sul principio della invocata abolizione dell'assistenza privata ai malati di mente poveri la Commissione è stata unanimemente concorde.

Società Sassarese di scienze mediche e naturali.

Venne costituita il 24 marzo; si propone di indire periodicamente riunioni a scopo scientifico, nelle quali ciascuno dei soci possa comunicare i risultati delle proprie ricerche e promuovere discussioni su argomenti interessanti sia dal punto di vista scientifico, sia da quello pratico.

Il Consiglio direttivo della Società risultò così costituito: prof. O. Rossi, presidente; prof. I. Simon e prof. A. Beguinot, vice-presidenti; prof. A. Conti, dott. L. Demontis, dott. I. Righi, consiglieri; dott. S. De Benedetti, segretario, e dott. A. Piras, cassiere-economo. La prima adunanza della Società ebbe luogo il 1° aprile nella R. Università. Ne daremo prossimamente il resoconto.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Si è ricostituita a Bergamo, col nome di «Società medico-chirurgica bergamasca» l'Associazione tra medici liberi, ospedalieri e condotti collo scopo di indire tra i soci riunioni mensili per comunicazioni mediche a carattere esclusivamente scientifico-pratico.

La Società ha tenuto la prima riunione il 9 aprile u. s., svolgendo le seguenti comunicazioni:

Prof. A. Viterbi: Esiti della sclerectomia nel glaucoma (metodo Lagrange modificato).

Prof. C. Salvetti: Autoplastica cutanea per affondamento come cura radicale negli sventramenti postoperativi.

Dott. M. Camplani: La reazione di Herxeimer nella lebbra.

Quartiere Universitario a Napoli.

Si è riunita presso il Sindaco di Napoli una Commissione di Senatori, Deputati e Professori per discutere sul progetto di un nuovo quartiere universitario, che deve sistemare le Cliniche e gli Istituti scientifici di quella Facoltà medico-chirurgica, i quali oggi non corrispondono ormai alle esigenze della scienza e alle necessità della falange studentesca.

Il Sindaco dimostrò la necessità di avere oltre le Cliniche un grande nuovo Ospedale a padiglioni per 1250 letti ed espose anche il piano finanziario globale che si fonda sulla creazione di un Ente Consorziale autonomo.

Dopo discussione, fu deferita al Sindaco la nomina di una Commissione di esperti specie in materia finanziaria, la quale potrà completare e attuare il progetto.

Compilazione dei programmi dei corsi liberi.

La Giunta del Consiglio Superiore ha lamentato, da parte di alcune Facoltà, la mancanza o la imprecisa documentazione dei mezzi di dimostrazione dei quali devono essere forniti i liberi docenti, a norma dell'art. 83 del Regolamento generale universitario.

Perchè la Giunta possa avere tutti gli elementi per giudicare l'assegnazione alle varie categorie è necessario che questa precisa documentazione dei mezzi di dimostrazione accompagni sempre il programma del corso libero e risulti debitamente approvata dalle autorità accademiche.

Tenuto conto, pertanto, del voto espresso dalla Giunta del Consiglio Superiore, il Ministero ha disposto che, d'ora innanzi, i programmi dei corsi liberi siano redatti su moduli a stampa sul tipo allegato ad una circolare diretta ai Rettori delle RR. Università ed ai Direttori degli Istituti di istruzione superiore.

Composizione del Consiglio Superiore di Sanità.

Con recente decreto è determinato in otto il numero dei dottori in medicina e chirurgia, competenti particolarmente nella igiene pubblica, che compongono il Consiglio Superiore di Sanità.

Il decreto sarà presentato al Parlamento per essere convertito in legge.

Conigli infetti in circolazione a Napoli.

È noto che da alcuni anni a Napoli, in via S. Giacomo dei Capri, al Vomero, è sorto l'Istituto siero-terapico, diretto dall'illustre prof. Ivo Bandi, a scopo di studio e per la preparazione di sieri; vi si fanno culture di microrganismi svariatissimi e inoculazioni ad animali di laboratorio.

Ignoti ladri, hanno rubato undici conigli, ai quali erano stati innestati i germi del carbonchio e della peste bubbonica.

Il prof. Bandi ne ha avvertito subito la Prefettura e la Questura, la quale ultima ha disposto per l'arresto dei ladri e particolarmente per il sequestro degli animali.

Il 1° aprile, in seguito ad una polmonite, si spense a 60 anni la cara esistenza di GIULIO MESCHIERI.

Fu medico primario di Pollenza dal 1890 al 1916 e dal 1916 in poi Direttore del Laboratorio di microscopia e batteriologia di Macerata.

Colpito da qualche anno da una grave malattia del sistema nervoso che ne lasciava integre e lucidissime le facoltà mentali, non si abbattè e fino agli ultimi giorni seguitò a farsi condurre nel Laboratorio al quale aveva dedicato tutta la sua opera assidua e intelligente. I colleghi trovarono in Lui sempre l'affettuoso consigliere che dava il suo giudizio con una modestia e squisitezza di modi gentili che lo resero caro a tutti. Come medico fu valentissimo e se ebbe qualche predilezione tra i suoi malati fu per quelli che più soffrivano, ai quali sapeva infondere quel coraggio che volle fino all'ultimo insinuare nell'animo della dolorante consorte, degli amici e colleghi che con animo costernato lo assistettero.

All'Ospedale di Pollenza lascia il suo microscopio, tutto un corredo per analisi chimiche, la sua biblioteca ricca di numerosi e pregevoli trattati di medicina.

Fu alieno dal pubblicare le sue pregevoli osservazioni e solo nel 1913, per invito del Comitato ordinatore del Congresso Medico Marchigiano tenutosi in Sanseverino Marche per le onoranze centenarie a Bartolomeo Eustachio, pubblicò una pregevolissima monografia sull'*Anchilostomiasi*, dimostrando, con la osservazione di 575 casi, quanto tale malattia fosse diffusa nelle nostre campagne, ove si riteneva inesistente.

Sulla sua tomba può scriversi senza timore di smentita:

Qui riposa la salma di un uomo studioso, giusto e onesto. Dott. NASCIMBENE FERRUCCIO.

In piena attività è stato rapito alla scienza da un'infezione stafilococcica il prof. RICCARDO LUZZATTO, direttore dell'Istituto di Farmacologia e Materia medica dell'Università di Modena.

Insegnante dall'esposizione nitida e felice, sperimentatore diligente e preciso, scienziato di vasta e profonda coltura, fu anche dotato di un animo profondamente buono e condusse una vita semplice ed austera; seppe farsi amare e stimare.

Predilesse gli studi biochimici.

L'Ateneo modenese ha decretato di far collocare una lapide nell'Istituto dove ancora aleggia il suo spirito animatore. E si appresta a tributare solenni onoranze alla sua memoria: rievocherà la sua opera scientifica il prof. Coronedi, del quale il Luzzatto era stato prediletto allievo.

C.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 22 Maggio 1922 Fasc. 21

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA PEDIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Prof. T. LUZZATTI, direttore incaricato.

Ricerche sul ricambio intermedio nell'atrepsia e negli stati di denutrizione

per i dottori S. DE VILLA e G. AIELLO.

I moderni metodi di ricerca sulla chimica del sangue hanno reso possibili accurate e sistematiche indagini sul complesso ricambio intermedio, il cui fine, di vitale importanza per l'organismo, è quello di mantenere nei limiti normali la qualità e la quantità della sostanza vivente, e di allontanare le sostanze eccedenti o dannose, immagazzinando le utili.

Abbiamo ritenuto interessante di ricercare, nei bambini sia atrepsici, sia fortemente denutriti ed anemici, il contenuto di glucosio e di azoto residuo (*N* incoagulabile) nel sangue, onde constatarne le eventuali variazioni dallo stato normale e trarne qualche deduzione a chiarimento della ancora oscura patogenesi e del non ancora ben noto ricambio materiale negli stati di atrepsia.

Per la ricerca del glucosio nel sangue abbiamo seguito il metodo di Bertrand, adottando la modificazione di Silvestri e Aiello (1) con la quale è possibile praticare il dosaggio su 2 cc. di sangue; in qualche caso, dove, per lo stato delle vene dei piccoli pazienti, non si potè ottenere tale quantità abbiamo adoperato il micrometodo del Bang (modificato nel 1919 dallo stesso autore (2)) usufruendo per cortese concessione del direttore prof. Zeri, del materiale dell'Istituto di Patologia Medica. Per tale micrometodo occorrono 0,10 di cc. di sangue, prelevabile dal dito con una comune pipetta al centesimo, e che viene poi fatto assorbire da una cartina bibula: essendosi in tal modo operato volumetricamente viene evitato l'uso della bilancia a torsione.

La carta bibula, col sangue, viene poi sottoposta regolarmente ai diversi passaggi ed alle diverse operazioni indicate dal Bang. Sia col metodo Bertrand che col metodo Bang accertammo come valori normali della glicemia, nei bambini fino a 2 anni, da 0,50 a 0,90 gr. per mille; cifre corrispondenti a quelle recentemente indicate dai pediatri Sedgwik e Ziegler (3). Abbiamo tenuto conto delle recenti, importanti avvertenze tecniche di Polonowski (*C. R. Soc. Biologia*, n. 27, 1921).

Riguardo alla determinazione dell'N residuo (in cui, oltre dell'urea, sono contenute importanti frazioni come aminoacidi, creatinina, indacano, acido urico, le di cui variazioni presentano, patologicamente, molto interesse) abbiamo adottato la tecnica seguente: *a*) (dealbuminizzazione con acido tricloroacetico al 20 per cento o coll'ultrafiltro di Zsgmondj (4). *b*) determinazione dell'*N* incoagulabile secondo Kjeldahl (con almeno 3-4 cc. di sangue) o secondo Bang con 1 o 0.5 cc. di sangue).

La determinazione dell'urea del sangue (isolatamente) è stata eseguita coll'apparecchio di Condorelli (reso noto e descritto dall'A. nel n. 3, aprile 1922, Sez. Pratica *Policlinico*) controllato spesso coll'apparecchio di Yvon.

Come valori media normali, abbiamo trovato, nei bambini fino a 2 anni, da 0,20 a 0,30 gr. di *N* residuo e da 0,40 a 0,50 di urea per mille di sangue.

Le determinazioni su soggetti patologici sono state riassunte nella seguente tabella, ed omettiamo, per brevità, maggiori dati sulla storia, sull'andamento clinico, esami ematologici, ecc.

Risulta quindi dalle nostre ricerche, nella quasi totalità dei casi, una iperglicemia, talvolta notevole (2 ‰ e più) ed un aumento, anche oltre il doppio, dell'*N* residuo, sia della frazione ureica, che della non ureica; in un solo caso (n. 8) si ha una ipoglicemia.

Prima di valutare il significato di queste importanti variazioni patologiche del glucosio e dell'*N* residuo, sarà opportuno ricordare che già una iperglicemia, parallela ad aumento di urea nel sangue, è stata osservata in casi di nefrite cronica (Aiello) (5) (e poi da Grigaut) (6) e che in molti disturbi a carico dell'apparato gastroenterico e negli stati di intossicazione, vi è frequentemente iperazotemia (Widal, Wagner) (7).

Negli stati atrepsici e di grave denutrizione sono poi frequenti: la glicosuria (Czerny) ed un aumento della escrezione di azoto, sia nelle urine che nelle feci (Poppi) (8); secondo poi le moderne ricerche di Ambard il limite soglia della glicemia, oltre il quale passa glucosio nelle urine, è più basso di quanto ritenevasi dal Bernard, ma sempre non inferiore al 2‰; in un caso (3) da noi esaminato vi erano tracce notevoli di glucosio nelle urine con solo 1,90 ‰ di glicemia.

Per interpretare la iperglicemia da noi riscontrata occorre passare in rassegna le moderne vedute sulla regolazione dello zucchero nel sangue e tenere presenti le alterazioni anatomiche e funzionali che si riscontrano nell'atrepsia, a carico di organi come il fegato, il pancreas (De Villa) (9) e l'intestino.

Pollak (10) in una recente conferenza critica sulle moderne vedute nella iperglicemia, ha ricordato l'importante ruolo dello zucchero sanguigno nei ricambio materiale e ritiene che esso, come tutte le sostanze sciolte nel sangue, viene posto a disposizione degli organi e tessuti nella misura del consumo a loro necessario; e che poi lo zucchero venga ad essere rifornito, sempre nel sangue, a cura dei depositi di carboidrati dell'organismo (principale:

N.°		Data di nascita			Peso	Iperglic.	N. residuo	Data della ricerca
1	163 Q Bref.	30 - V - 20	Cardinucci Mario	Rachitismo-Splenomegalia (Dist. gastroenterici - Geloni ulcerati).	6.200	1.27 ‰	0.48 ‰	1 - XII - 21
2	98 Q Bref.	8 - III - 20 entrò il 10-III - 20).	Ricilli Bianca	Adeniti sottomascellari - Ezemi Dist. gastroenterici Rachitismo - Atrepsia.	5.100	1.14 ‰	0.47 ‰ (urea 0.50 ‰)	idem 2 - XII - 21
3	192 P Bref.	10 - II - 19 (entrò il 19-V - 19).	Cristofanelli Giuseppe	Rachitismo-Splenomegalia Ritardato svil. psichico - Albumina 0,50 ‰ Tracce glucosio.	9.400	1.90 ‰	0.70 ‰	idem.
4	237 Q	6 - VI - 20 entrò il 14-VI-20).	Polelli Velia	Blefarite - Geloni ulcerati-Disturbi gastroenterici.	8.000	0.86 ‰	0.37 ‰ (urea 0.55 ‰)	idem 14 - XII - 21
5	9 R	5 - I - 21	Rovellini Renato	Paralisi incip. sin. - Rachitismo - Grave denutrizione.	6.100	2.05 ‰	0.85 ‰	idem.
6	201 R	28 - XI - 20 (entrò il 20-VII-21).	Passa Ernesta	Splenomegalia - Gastro-enterite - Attualm. otite media purulenta.	7.200	2.10 ‰	0.66 ‰	6 - XII - 21
7	317 Q	(entrò il 6-VI - 21) nata 19-VIII-20.	Frinnici Fiorina	(Ascessi multipli) - Geloni ulcerati - Blefarite - Atrepsia.	5.800	0.90 ‰	0.65 ‰	9 - XII - 21
8	N.° 2 maschi Clin. Ped.	2 - IV - 19	R. A.	Atrepsia (stadio terminale,-Broncopolmonite.	4 900	0.40 ‰	0.91 ‰ (urea 0.78 ‰)	22 - XII - 21 25 - XII - 21

il fegato). Si tratta di un «equilibrio dinamico» e la costanza della glicemia (*omoglicemia*) può essere perfettamente mantenuta, solo se afflusso o deflusso si controbilanciano. L'organismo ha interesse di mantenere il più che possibile costante anche il contenuto di zucchero dei tessuti, mentre d'altro lato il ricambio dei carboidrati deve attendere alle variabili richieste dell'energia corporea, e quindi soggiace a variazioni forti e spesso continuative.

Anche se si ha un aumento dell'ingestione di zucchero, con lieve aumento momentaneo dell'iperglicemia, i meccanismi di regolazione di essa si sforzano poi di ricondurla al primitivo livello.

Tra i fattori che influenzano tale regolazione è da dare molta importanza alla produzione di zucchero (dal glicogeno, dall'albumina, dal grasso e da sostanze a basso peso molecolare) ed alla utilizzazione dello zucchero (ossidazione, trasformazione in glicogeno, in grasso). Ai processi di regolazione della glicemia è da paragonarsi e collegarsi pure la regolazione della temperatura del corpo, coi suoi complicati meccanismi. Notevole influsso, secondo Pollak, ha poi il sistema nervoso sulla regolazione della glicemia, mentre minore ne hanno le capsule surrenali, i reni.

***

Negli stati di atrepsia e denutrizione, da noi presi in esame, entrano in discussione, oltre delle lesioni anatomiche e funzionali del fegato e del pancreas, le enormi perdite di peso, che indicano in prima linea eliminazioni forti di acqua e sali e poi, lentamente, fusione di tessuti (Feer).

L'organismo tende a compensare, con sforzi sempre crescenti, queste gravi perdite dei tessuti e ricorre anzitutto ai depositi del corpo, ed in modo speciale ai carboidrati.

E' logico dedurre come i sistemi di regolazione dello zucchero sanguigno sieno sottoposti a stimoli abnormemente violenti e continuativi. L'iperglicemia può dunque interpretarsi come una conseguenza di queste alterazioni — nei poteri di regolazione — nonchè delle lesioni anatomiche e funzionali di organi, come il fegato ed il pancreas, strettamente a tale regolazione collegati.

La ipoglicemia da noi riscontrata, in un caso in stadio terminale, può essere spiegata con un esaurimento nei depositi di carboidrati, essendosi sforzato l'organismo di utilizzare per i suoi tessuti tutto lo zucchero presente, ed essendone successivamente impossibile un adeguato rifornimento in circolo (da parte del principale deposito: il fegato, anch'esso gravemente leso sia anatomicamente che funzionalmente). In quanto alla interpretazione dell'*N* residuo in aumento, è da notare, anzitutto, per la frazione di aminoacidi in esso compresa, che essi provengono sia dalla digestione alimentare, che dalla disintegrazione dei tessuti (provenienza endogena) nè è possibile precisare quanto spetti all'un processo e quanto all'altro.

Per effetto dell'attività dei tessuti, del lavoro di disintegrazione e di sintesi di ogni cellula vivente, vengono riversati in circolo, o depositati nei tessuti, materiali di scissione albuminoidea, eguali a quelli che provengono dalla digestione gastro-enterica. Questo riversarsi in circolo di prodotti di disintegrazione cellulare è più vivo negli stati di atrepsia, o sforzandosi sempre l'organismo, per quanto vanamente, di contrapporsi alle perdite gravi, per pareggiare il bilancio o per effetto della disintegrazione cellulare tossica. Ed è costante, nell'atrepsia, la distruzione tossica di albumine, che porta sempre all'iperazotemia (Wagner). Per spiegare altresì l'aumento dei componenti dell'*N* residuo, si può ricorrere all'esame delle altre condizioni, extrarenali, che modificano l'azotemia: col diminuire della velocità sanguigna in seguito allo stato di funzionalità deficiente del miocardio e per l'aumentata permeabilità dei capillari periferici (donde gli edemi palesi ed occulti frequenti negli atrepsici e denutriti) si ha che l'eliminazione dell'acqua è contrastata e diminuita, e mancando il solvente, restano ritenute molte sostanze solide, tra cui quelle a carattere tossico. Si tratterebbe della stessa condizione meccanica che porta all'aumento dell'*N* incoagulabile nei cardiopatici scompensati; ed all iperazotemia nel colera infantum ed in gravi disturbi gastro-enterici (Bertolini) (11).

CONCLUSIONI.

1° Negli stati di atrepsia e grave denutrizione con anemia si riscontra frequentemente aumento dello zucchero nel sangue, sia per le alterazioni dei poteri di regolazione della glicemia, che per la lesione, anatomica e funzionale, di organi come il fegato ed il pancreas a tale regolazione strettamente collegati.

2° Negli stessi soggetti si riscontra corrispondententemente, in ogni stadio dell'affezione, anche un aumento dell'*N* residuo, sia della frazione ureica che della non ureica, spiegabile anche con fattori extra-renali, come la distruzione tossica d'albumine e l'aumento

della disintegrazione cellulare, nonchè per la diminuita eliminazione dell'acqua, con ritenzione di sostanze solide.

3° Nello stadio terminale dell'atrepsia può riscontrarsi invece una modica ipoglicemia.

Gennaio 1921.

LETTERATURA.

(1) SILVESTRI e AIELLO. Policlinico, Sezione pratica, n. 25, giugno 1920.
(2) BANG. *Mikrometoden zur Blutuntersuchung.* Wiesbaden, 1921.
(3) SEDGWIK e ZIEGLER. Am. Journ. of Dis. of Childr., giugno 1920.
(4) Citato in RICHTER in Wiener Klinische Woch., 1921, n. 3.
(5) AIELLO. *Tesi di laurea R. Università di Roma* 1919-20. Policlinico, Sezione pratica, n. 40. 1921.
(6) GRIGAUT. Comptes rendus Soc. Biol.; volume 83, n. 3, ottobre 1920.
(7) WAGNER. Wien. Arch f. in n. Medizin. 1920, H. 3, e Mediz. Klinik (Wien), n. 15, 1921.
(8) POPPI. Atti del IV Congresso Pediatrico italiano.
(9) DE VILLA. Alterazioni del pancreas atrepsici. Gazz. Int. di Medicina, 1908-909.
(10) POLLAK. Medizinische Klinik, n. 31, 1921.
(11) BERTOLINI. *I perturbamenti funzionali del rene.* Soc. Ed. Libraria, 1921.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA DI FIRENZE
diretto dal sen. prof. G. GATTI.

Localizzazione rara di ciste da echinococco

del dott. LUIGI BACCARINI, assistente.

M I., di Tito, anni 10, Lastra a Signa, Entra in Clinica il 13 dicembre 1920.

Anamnesi. — I genitori sono viventi e sani, così pure un fratello ed una sorella: un fratello morì a tre mesi per enterite, un altro fratello a un anno per bronchite: niente altro di patologico si rileva esistere in via ascendente o collaterale. Nacque regolarmente a termine di gravidanza fisiologica con parto spontaneo, e fu allattata al seno materno per un anno: la dentizione si iniziò a cinque mesi, la deambulazione a dodici.

Fu vaccinata con esito negativo a 5 mesi, e la vaccinazione fù ripetuta con esito positivo a 18 mesi. La bambina è sempre cresciuta sana e robusta e prima della presente non ha avuto malattie degne di nota.

Circa 8 mesi, or sono, i parenti notarono che la bambina presentava la regione cervicale sinistra lievemente più prominente della corrispondente del lato opposto. L'aumento di volume si è andato man mano facendo più accentuato, fino a raggiungere l'attuale, però negli ultimi 3 mesi non sono state notate variazioni di qualche entità. Non fu fatta vedere ad alcun sanitario, solo 8 giorni or sono, condotta all'ambulatorio di questa Clinica per la prima volta, venne consigliato l'ingresso in Ospedale per le opportune cure.

Esame obbiettivo. — Sviluppo somatico corrispondente all'età della paziente, struttura scheletrica regolare, pannicolo adiposo alquanto scarso, masse muscolari bene sviluppate e di tonicità normale, cute e mucose visibili di colorito roseo. Alle regioni ascellari ed inguinali si palpano alcune piccole glandole linfatiche dure, mobili. Agli esami metodici degli apparati respiratorio, cardio-vascolare, digerente ed uro-genitale non risulta nulla di anormale.

Alla regione cervicale sinistra, all'ispezione, si nota una tumefazione del volume di un uovo di gallina, i cui limiti sono segnati anteriormente dal margine posteriore del muscolo sterno-cleido-mastoideo, verso l'indietro dal margine anteriore del muscolo trapezio, in altro da una linea orizzontale passante a 1/2 cm. al di sotto dell'apofisi mastoidea, in basso da una linea orizzontale passante a circa 4 cm. dalla porzione media del corpo della clavicola.

La cute non presenta lesioni notevoli: è facilmente mobile al di sopra del tumore, sollevabile normalmente in pliche; non si nota reticolo venoso superficiale, non edema.

Palpando si apprezza che il tumore ha consistenza duro-elastica, e si percepisce anche un forte grado di tensione. Si delimitano ancor meglio la sua forma nettamente sferoidale, ed il suo volume di un grosso uovo di gallina.

Afferrando in toto il tumore, si nota che esso è assai aderente ai piani profondi, sui quali non può spostarsi, ed ha pure tenaci aderenze col margine anteriore del muscolo trapezio, al quale sembra intimamente connesso; è libero invece dal lato confinante col muscolo sterno-cleido-mastoideo.

Esplorando accuratamente la regione sopraclavicolare e quella cervicale si riesce a palpare numerosi gangli linfatici piccoli come chicchi di mais duri, mobili.

14 gennaio 1921. Si pratica la reazione tubercolinica di von Pirquet, che dà esito abbastanza nettamente positivo dopo 24 ore.

15 gennaio 1921. Si pratica una puntura esplorativa del tumore, con un sottile tre quarti: si provoca la fuoriuscita, sotto forte pressione, di liquido limpido, incoloro, che si raccoglie in provetta sterile. Si centrifuga tale liquido e si pratica l'esame del sedimento, che dà presenza di numerosi caratteristici uncini di echinococco: non scolici. L'esame del sangue dà manifesta eusinofilia.

18 gennaio 1921. Con anestesia generale cloroformica, previa disinfezione del campo operatorio col metodo Grossic, il prof. Gatti procede alla enucleazione della ciste.

Con taglio longitudinale parallelo al margine anteriore del muscolo trapezio, a 1 cm. di distanza circa da esso, e della lunghezza di circa 6 cm. si incidono la cute e l'aponeurosi superficiale.

Subito si affaccia attraverso la ferita un corpo sferoidale di aspetto fibroso, a consistenza elastica: cercando di enuclearlo si incontrano numerose aderenze, specie verso il margine anteriore del muscolo trapezio, verso l'alto, ed in profondità, mentre invece il muscolo sterno-cleido-mastoideo appare completamente libero. Per quanto si faccia non si riesce ad isolare il tumore per via smussa, ed allora spostato in avanti lo sterno-cleido-mastoideo, e più profondamente il muscolo scaleno anteriore,

insieme al fascio nervoso vascolare, si procede con forbice curva a distaccare il tumore dai muscoli trapezio ed omoioideo verso l'indietro, scaleno posteriore e splenio profondamente. Si può così trasportare in toto la ciste.

La ferita da scarso stillicidio ematico. Sutura a strati, applicando un sottile zaffo di garza all'angolo superiore della ferita, zaffo che viene tolto in seconda giornata. Decorso post-operatorio normale: in settima giornata si spunta la ferita perfettamente guarita per primam. Il 25 gennaio 1921 la bambina viene dimessa.

Esame anatomo-patologico. — La ciste estirpata, libera dai tessuti che la comprimevano, ha una forma nettamente sferica, ed il volume presso a poco di un mandarino. Sulla parete esterna si vedono qua e là, fortemente connesse al tessuto fibroso che ne costituisce la capsula, lacinie dei muscoli cui la ciste aderiva. Incidendo tale involucro si mette allo scoperto la membrana idatigena d'aspetto lucente, come albumina d'uovo coagulata, che si rompe immediatamente sotto la pressione del liquido che racchiude.

Esaminando accuratamente la faccia interna di tale membrana si rileva che la cavità cistica è unica, e che non si ha in alcun luogo formazione di cisti figlie.

Il caso su esposto appare particolarmente interessante e per la rarità della sede della ciste da echinococco, e per le difficoltà diagnostiche da esso presentate.

La localizzazione cervicale della ciste da echinococco nella enorme letteratura su tale argomento, dell'ultimo trentennio, appare raramente citata.

È strano poi il fatto, che il più recente lavoro d'insieme, che io abbia potuto trovare, quello del Popoff (recensito nel *Zentralblatt für Chirurgie*, 1913, n. 46) non riporti che la statistica del Guterbok (1893), il quale aveva raccolto 26 casi pubblicati, mentre che nel lavoro del Thévenot, del 1902, viene riportata una statistica di 65 casi.

Specie nei recenti lavori sull'echinococco dell'infanzia, la localizzazione cervicale è quasi del tutto ignorata, andando forse compresa tra le localizzazioni muscolari: così, ad esempio, il Devé recentemente (1918), che ha scritto lungamente su tale argomento, nella statistica che qui riporto, e nella quale compare in ordine di frequenza le localizzazioni dell'echinococco nell'adulto e nel fanciullo, non fa alcun cenno a tale sede.

Localizzazioni delle cisti idatiche secondo Devè:

Adulti sopra i 15 anni		Fanciulli sotto i 15 anni	
1. Fegato	76,6%	1. Fegato	76,2%
2 Polmone	9,4%	2. Polmone	11,1%
3. Muscoli e tessuto cellulare	5,2%	3. Cervello	4,3%
4. Rene	3,3%	4. Muscoli e tessuto cellulare	3,2%
5. Peritoneo	2,1%	5. Rene	1,2%
6. Ossa	0,9%	6. Peritoneo	1,1%
7. Orbita	0,7%	7. Orbita	1%
8 Cervello	0,6%	8. Ossa	0,1%
9. Diverse	2,2%	9. Diverse	1,8%

Anche il Magnusson nel suo lavoro sull'echinococco in Islanda, il paese più ricco di tale affezione parassitaria in Europa, non ha avuto occasione, su 214 casi, di osservarne neanche uno al collo.

Solo nel lavoro del Marquin e De Pena (1913) sull'echinococco dell'età infantile, su 116 casi studiati nella Clinica pediatrica di Montevideo, la sede al collo appare tre volte; ciò in contrasto con quanto affermano parecchi autori, secondo i quali la localizzazione cervicale sarebbe abbastanza frequente nell'età infantile, pur presentando la sua maggiore frequenza dai 20 ai 30 anni, per poi diminuire progressivamente.

Generalmente, la ciste da echinococco al collo è situata al di sotto dello sterno-cleido-mastoideo, lungo il decorso dei grossi vasi: rarissima è la localizzazione verso la porzione posteriore del collo, al di dietro di tale muscolo: più raramente ancora essa è compresa nello sterno-cleido.

Secondo il Thévenot nei 65 casi da lui raccolti 5 soli avevano sede al di là del margine posteriore dello sterno-cleido-mastoideo.

Nella sede di predilezione il tumore, per la notevole resistenza presentata dallo sternocleido-mastoideo si accresce in profondità, o verso i grossi vasi, o verso la faringe e la laringe, o posteriormente verso la colonna vertebrale, ed anche in basso verso l'arco dell'aorta.

In tali sedi, quando abbia raggiunto un volume notevole, può dare luogo a gravi fenomeni di compressione sui vasi, più raramente sui nervi, a disturbi della deglutizione, della fonazione, della respirazione, ecc., e poichè il tessuto connettivo di reazione che l'involge comprende anche gli organi vicini, può costituire un ostacolo notevole all'ablazione di essa non solo, ma può dare luogo ad accidenti operatori assai gravi.

La localizzazione posteriore invece, come abbiamo detto, è assai più rara, e anche qui, compressa dai muscoli della regione, assai robusti tende a svilupparsi in profondità, scollando i varii fasci muscolari, ma con conseguenze assai meno moleste che nella sede di elezione, non incontrando durante il suo accrescimento alcun organo importante.

Sia nell'una che nell'altra sede la ciste si

sviluppa assai lentamente, ed è caratteristico il fatto rilevato da Bergmann, che il tumore in alcuni periodi presenti un accrescimento rapido, mentre in altri invece rimane stazionario o quasi.

Una caratteristica importante, dal punto di vista anatomo-patologico, è che tale ciste è generalmente unica, e solo raramente contiene cisti figlie; è pure di norma primitiva, e solo raramente può essere contemporanea ad altra localizzazione.

Dal punto di vista diagnostico, tale tumore presenta notevoli difficoltà, sia che esso si sviluppi al di sotto dello sterno-cleido-mastoideo, lungo il fascio nerveo-vascolare, sia che si sviluppi posteriormente verso i muscoli nucali. La forma generalmente emisferica, la superficie liscia, raramente bernoccoluta, la sede profonda, la scarsa mobilità, quando specie per i fenomenti reattivi ha preso aderenze con gli organi vicini, la tensione, la mancanza completa di alterazioni da parte della cute, l'assenza quasi costante del fremito idatideo (come ha constatato la maggior parte degli autori) sono fenomeni comuni a numerose affezioni della regione latero cervicale. Ed è così che, in quasi tutte le descrizioni pubblicate, la maggior parte degli operatori non ha potuto fare la diagnosi di ciste da echinococco altro che al tavolo operatorio.

Difatti alla regione latero cervicale, sia al davanti che al di dietro dello sterno-cleido-mastoideo, è facile incontrare, specie nei primi anni della vita, tumori, sia solidi, sia liquidi, la cui sintomatologia è tale da indurre facilmente ad un errore diagnostico.

Così, è assai facile pensare ad un linfoma tubercolare solitario fluidificato, specialmente quando in vicinanza di esso, come nel nostro caso, si palpino numerosi gangli linfatici ingrossati: od anche ad un linfosarcoma nei primi stadii di sviluppo, allochè ancora non ha invaso la cute e gli organi vicini, oppure, e in special modo per quelle a sede posteriore, ad un lipoma sotto aponevrotico. Ma ancora più difficile è la diagnosi differenziale con le cisti di altra natura, così frequenti nell'età infantile.

In tale età è facile incontrare al collo sia cisti di origine branchiale (situate lungo il decorso del margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo) e che possono raggiungere un volume considerevole, sia linfagiomi cistici, che generalmente hanno sede al davanti o al di dietro dello sterno-cleido-mastoideo, ed hanno oltre a ciò in comune con le cisti da echinococco l'accrescimento lento, e la facoltà di produrre, quando siano di volume notevole, ed abbiano invaso gli organi vicini, disturbi della fonazione, della deglutizione, della respirazione.

Anche oltremodo difficile appare la diagnosi differenziale con le cisti che si possono sviluppare in un lobo tiroideo aberrante.

Unico sintoma che dà al medico la sicurezza diagnostica è la puntura esplorativa, seguita dall'esame microscopico, che permette la dimostrazione degli uncini caratteristici; ma anche tale sintoma può mancare, e ciò accade nelle cisti da echinococco suppurate, nelle quali inoltre si riscontrano tutti i caratteri delle comuni flogosi, ond'è che solo all'atto operativo è possibile fare la diagnosi per la presenza di frammenti della membrana idatigena.

Una rara localizzazione dell'echinococco.

Note semeiologiche e anatomo-patologiche, e considerazioni terapeutiche, con speciale riguardo alla cura chirurgica.

Dott. GENNARO ROMANO
già assistente volontario nella 1ª Clin. Chir.
della R. Università di Napoli.

Giovane di 28 anni, contadino, da Eboli. Di malattie degne di nota nel gentilizio, e nei suoi precedenti personali, non ne ricorda.

Soltanto presenta lievi reliquati d'una recente otite media catarrale destra. Non è stato mai, a quanto asserisce, nè bevitore nè fumatore. Non ha mai sofferto mali venerei.

Dal settembre 1920 cominciò ad avvertire un certo senso di peso all'epigastrio, che poi col tempo si accentuò al punto da provocargli dolori, specie durante le prime ore della digestione. Man mano gli comparve una piccola tumefazione alla regione epigastrica, che andò gradualmente e lentamente crescendo. Attualmente, benchè l'appetito sia ben conservato, è costretto fare pasti frazionati per evitare i sintomi molesti di compressione allo stomaco.

Non ha però avuto mai vomito. Da qualche tempo avverte anche lieve molestia nel respirare.

Esame obiettivo. — Individuo di costituzione scheletrico-muscolare regolare, in condizioni discrete di nutrizione e sanguificazione.

Il primo fatto anormale che è dato osservare all'esame obbiettivo è che la regione epigastrica si presenta sporgente, perchè occupata da una tumefazione a limiti imprecisi.

Detta tumefazione si addentra sotto l'arcata costale sinistra, in modo da sollevarla alquanto. Si appiattisce facendo contrarre al paziente i retti addominali. Essa presenta anche un leggiero carattere pulsante, ma con pulsazione non espansiva, rilevabile coll'applicarvi per il padiglione lo stetoscopio. La pulsazione è ritmica, sincrona col polso. Non dà alcuna sensazione acustica. Facendo ingerire dell'acqua al paziente essa si rende più prominente.

Alla palpazione si riesce a delimitare il tumore nella sua porzione sottostante ai retti addominali. Esso giunge, a destra, sino alla parasternale, in basso a tre dita trasverse dall'ombelico; a sinistra s'incunea sotto l'arcata costale, e non la si può accompagnare colla palpazione.

Percuotendo colla mano a piatto sulla parte libera del tumore, in modo rapido e deciso, oppure tenendo il tumore tra pollice e medio, e dando dei colpetti coll'indice, si ha la sensazione di fremito idatideo.

La sensazione suddetta però non è molto evidente. Inoltre il tumore è liscio, poco o niente dolente, di consistenza piuttosto duro-elastica. Alla percussione si ha ottusità timpanica, che non si continua coll'ottusità epatica a destra, nè con quella della milza a sinistra, e la zona d'ottusità è spostabile *in toto* colle forti inspirazioni, giacchè si abbassa alquanto. Del resto non si ha altra modificazione coi mutamenti di posizione.

Gli è stata praticata la radioscopia, previo pasto opaco, e si è notato: stomaco biloculato, e fortemente spostato a sinistra. Superiormente esso presenta una cavità della grandezza di un pugno d'uomo, indi viene un tragitto lungo cinque dita, sottile come un astuccio di penna, indi lo stomaco si dilata nuovamente presso il piloro, e la dilatazione è della grandezza di un uovo di pollo. Detta deformazione dello stomaco è data da una tumefazione, la quale è poco trasparente ai raggi X, e occupa gran parte dell'ipocondrio sinistro. I materiali opachi raccolti nella sacca superiore dello stomaco non discendono lentamente e progressivamente lungo la parte ristretta; ma la parte superiore di questa che appare ad imbuto si riempie, ha dei movimenti di rigurgito, indi rapidamente lascia passare i materiali opachi, i quali restano nella sacca inferiore. Lo svuotamento dello stomaco è avvenuto in un'ora e un quarto. Nulla di sospetto al piloro. Insufflato in secondo tempo lo stomaco, si è visto che la tumefazione che lo deforma è a contorni netti e regolari, meno opaca dell'ombra epatica, con opacità uniforme, e ha la grandezza d'una testa di feto. L'esame del sangue ha mostrato leggiero aumento degli eusinofili. Wassermann negativa. Assenza di adenopatie. Nulla di anormale all'esame dell'urina. Temperatura normale.

Dai dati anamnestici dunque risulta che il tumore ha avuto lento decorso, e non ha dato molestia che negli ultimi periodi: e soltanto a causa del suo volume, per la compressione esercitata sullo stomaco e sotto la cupola diaframmatica sinistra, benchè quest'ultima in proporzioni molto più lievi. Non ha influito detto tumore sullo stato generale del paziente, nè ha dato dolori urenti o elevazioni termiche. Sono quindi da escludere, per criteri clinici molto facili, nel caso in esame i processi infiammatori. Per lo stesso motivo è da escludere la neoplasia maligna, sia per i caratteri dell'affezione, sia per lo stato dell'individuo, sia per il lento decorso.

Resterebbero da considerare i tumori benigni. Però trattandosi di una forma cistica, messa in evidenza molto bene dalla radioscopia, si potrebbero prendere in considerazione: il lipoma, ma soltanto sotto forma di *cisti oleosa*, per colliquazione della sua massa centrale. È vero che sono registrati negli annali lipomi sottosierosi del mesentere, con raggiungimento anche di enormi volumi (Terrillon, Köning, Heimicius); ma la sede suddetta è molto rara. Altri tumori cistici che possono aver sede negli organi addominali, segnatamente nel mesentere, sono le *cisti del mesentere*, che secondo alcuni (Augagneur, Duval) sarebbero processi di degenerazione cistica di adeniti linfatiche, secondo altri (Ayer, Dowd) sarebbero derivati di cellule o aggregati cellulari di elementi del canale di Wolf o del condotto di Müller. Gli studi su tali cisti, che possono dare asciti, coliche, e hanno un'evoluzione lenta e subdola, dando scarsi fenomeni generali, risalgono a Morgagni (1760). Successivamente se ne sono occupati molti altri autori (Bauer, Braguerye, Guasoni) oltre quelli sopra citati e altri ancora. Ho creduto opportuno accennare a tali cisti non parassitarie; ma non credo necessario diffondermi su di esse in una minuta disamina, perchè, nel caso nostro si dovrebbe ammettere una sede alquanto strana per dette cisti, essendo quella rilevata clinicamente e radiologicamente localizzata sulla faccia anteriore dello stomaco. Inoltre nel caso in esame si percepisce, benchè non molto nettamente, il fremito idatideo, che è proprio esclusivamente delle cisti da echinococco. D'altronde chi abbia vaghezza di leggere più diffusamente argomenti riguardanti le cisti mesenteriche, può consultare gli autori sopra citati che si sono occupati dell'argomento (vedi bibliografia) ed altri ancora.

Nel nostro caso quindi, basandosi sull'esame clinico, convalidato dalla radioscopia, si deve propendere per la cisti da echinococco *non suppurata*. Una conferma della diagnosi ce la dà altresì il reperto ematologico, che ha mostrato aumento degli eusinofili. Però tale dato mentre per alcuni (Tuffier, Martin) avrebbe grande valore, per altri come il Bindi, ecc., esso avrebbe un valore relativo, riscontrandosi soltanto durante la vita del parassita, e venendo meno colla morte di esso.

D'altro canto, ognuno sa che tale reperto non è specifico per l'echinococco, ma è comune al cancro, all'elmintiasi. Però nel nostro caso, trattandosi di un tumore che non fa pensare al cancro, si può aggiungere l'eusinofilia agli altri dati diagnostici in favore della cisti

da echinococco. Non è stata praticata la cutireazione, la quale solo da alcuni (Cusmé) è ritenuta importante, mentre per comune consenso è riconosciuta di dubbio valore. Un mezzo diagnostico sussidiario invece che ha incontrato il favore dei clinici, sia perchè praticamente riconosciuto esatto, sia perchè basato su criteri scientifici, è quello della deviazione del complemento (Gengou e Bordet). Difatti s'è visto che la sieroreazione per la cisti da echinococco vale come negli altri casi in cui si suole svelare nel siero di sangue la presenza di anticorpi specifici. Uno dei primi a dimostrare nel siero di sangue di individui affetti da echinococco la presenza di detti anticorpi fu il Ghedini. Nel nostro paziente, praticata due volte, ha dato sempre risultato positivo (+ ÷—).

Si poteva anche praticare la puntura esplorativa; ma prima di tutto il nostro paziente non vi si volle assoggettare, in secondo luogo perchè tale pratica, molto diffusa purtroppo, è sconsigliata da autorevoli clinici, potendo esporre l'ammalato a seri pericoli (Remedi).

Stabilita così la diagnosi di natura del tumore riscontrato nel nostro paziente, non rimane che fissarne la sede. Dati i rapporti topografici, potrebbe pensarsi a un'origine epatica, e propriamente dalla piccola ala del fegato, con sviluppo successivo a sinistra e in alto, sì da comprimere lo stomaco nel modo innanzi descritto. Però alla percussione l'ottusità del tumore non s'è mostrata continua con quella epatica (come s'è visto dianzi).

Alla radioscopia poi è stato notato che il tumore è in rapporto esclusivo collo stomaco, che rimane deformato come in due sacche: una superiore grande quanto un pugno d'uomo, e l'altra inferiore (presso il piloro), grande quanto un uovo di pollo. Le due cavità rimangono comunicanti tra loro come per un sottile tragitto. Il tutto rappresenta la superficie gastrica non nascosta dal tumore. Non sarebbe ammissibile una localizzazione nella parete gastrica, per ragioni facili a comprendersi, data la sottigliezza di essa. Difatti, in tale ipotesi si sarebbero avuti già da tempo, col crescere del parassita, fatti distruttivi, compromettenti la vita stessa del paziente. Non può quindi ammettersi collo stomaco che un semplice rapporto di vicinanza. Perciò come probabilità di sede nel nostro paziente deve ritenersi: o l'omento, in corrispondenza della grande *curvatura* dello stomaco, o il connettivo retro-peritoneale dell'ipocondrio sinistro, con invasione anche di quello della regione epigastrica.

Il paziente s'è rifiutato all'atto operativo, dopo alcuni giorni di esitazione. Mediante questo si sarebbe potuto accertare la precisione o meno della diagnosi, fatta in base ai dati semeiologici su esposti.

***

Il meccanismo e il ritmo con cui si sviluppa l'echinococco nell'organismo umano non è molto evidente; però la localizzazione, lo sviluppo, la vita stessa del parassita obbediscono a delle leggi, le quali hanno intimo legame colla natura dell'organo invaso, colla resistenza che questo oppone al parassita invasore, coll'attività fisiologica dell'organo in cui s'insedia.

I casi finora riscontrati dànno come frequenza di sede dell'echinococco: il fegato, il polmone (specie quello destro, per i suoi rapporti di contiguità col fegato), il cervello; e molto più rare sedi sono: il sistema scheletrico, il rene, il cuore.

Quelle del fegato si riscontrano continuamente nella pratica quotidiana, e però non ritengo il caso di soffermarmici. Però mi piace, a proposito di tale sede, ricordare il caso riferito dal Mariani, e osservato nella Clinica di Genova, di una cisti da echinococco incuneata nel dotto epatico, in modo da simulare semeiologicamente una litiasi biliare. Il caso fu seguito da morte, e alla necroscopia si potette, mediante indagine molto accurata, svelare la presenza della cisti nel dotto epatico.

Di cisti da echinococco del polmone ne sono registrati vari casi; come frequenza maggiore nel polmone destro, come infezione secondaria, avendo il parassita usurata la cupola diaframmatica. Molto meno frequente è la localizzazione nel polmone sinistro. Esse sono in generale uniche; ma possono essere anche due (Albertin, Rayon) o perfino tre (Ferro).

L'echinococco del cervello, sia primitivo, che contemporaneo a localizzazioni in altri organi, non è raro, e secondo il Duret entra il 10 % nelle statistiche dei tumori cerebrali, e il 3 % rispetto a quelle viscerali.

Senza entrare nella complessa sintomatologia che accompagna l'echinococcosi cerebrale, che può dare manifestazioni diversissime, in rapporto alla sede, al volume, all'età del paziente; oppure (e sono le manifestazioni più comuni) stato di stupore, apatia, decadimento delle facoltà mentali. Dà su per giù la sindrome cerebrale delle altre manifestazioni tumorali. Anzi, secondo l'Oppenheim, l'echinococco provocherebbe turbe psico-nervose con maggior frequenza degli altri tumori.

Anche nello scheletro può localizzarsi l'echinococco, producendo lesioni di esso, consi-

stenti in usura del tessuto osseo, e sintomi speciali secondo l'osso invaso. Ebbi occasione nel 1920, durante il mio assistentato volontario alla 1ª Clinica chirurgica della R. Università di Napoli, di osservare un caso di echinococcosi del sacro, operato dal prof. De Gaetano, in cui il parassita aveva prodotto notevoli devastazioni dell'osso, e la cisti madre conteneva numerose cisti figlie.

La localizzazione renale assume un carattere differente dalle comuni formazioni idatidee di quest'organo, perchè tali cisti vi sogliono assumere dimensioni maggiori, e talvolta molto cospicue. Vi possono essere trasportate come emboli secondari d'infezione cardiaca di tale parassita.

Rarissima è l'echinococcosi cardiaca, specie primitiva, e può rimanere inosservata per molto tempo, e dar luogo a molte manifestazioni morbose, che formano una sindrome varia e complessa a causa delle embolie.

Un fatto, p. es., di embolia secondaria che suol verificarsi in tale localizzazione dell'echinococco, è (oltrechè in qualunque organo) quello delle arterie femorali e poplitee, che simula molto bene il morbo del Raynaud, dando luogo ad asfissia intermittente degli arti inferiori, sino alla cangrena. Come complicanze generali poi, l'echinococco può produrre delle vere intossicazioni (ricordo tali fatti soltanto per completare l'argomento, essendo essi nel pieno dominio della patologia), dette intossicazioni idatidee, con orticaria, vomiti, tachicardia, sino a produrre la morte del paziente. Tali fatti sarebbero provocati da speciali ptomaine, contenute nel liquido cistico, come prodotti del ricambio del parassita. Tali ptomaine, riassorbite rapidamente, possono portare a detti fatti tossici. Essi non sono infrequenti, quando, a scopo diagnostico, si fanno punture esplorative; e ciò per trasudamento del liquido a traverso il forellino praticato coll'ago. Le cisti poi possono anche aprirsi spontaneamente nell'organo da esse invaso, o in organi contigui (peritoneo, pleure, bronchi, ecc.) e produrre i fatti tossici suddetti. Un'altra complicanza, infine, della cisti è la suppurazione, con tutta la sindrome locale e generale a questa inerente.

***

Terapia. — Non avendo voluto il nostro paziente sottoporsi all'intervento operativo, non è del caso intrattenermi su esso, giacchè dovrei esporre metodi e sistemi che ognuno sa. Certo se l'infermo avesse acconsentito all'operazione chirurgica ne sarebbe stata opportuna la descrizione, per metterne in rilievo le varie fasi, a seconda delle esigenze sia di sede, che degli eventuali rapporti della cisti cogli organi contigui.

Mi limiterò intanto ad accennare alle varie cure che si sogliono praticare, per non lasciare monca la parte terapeutica, in questa mia breve esposizione.

Uno dei sistemi più antichi consiste, come ognuno sa, nello svuotamento della cisti, mediante la puntura: sistema, che oltre a presentare i pericoli innanzi detti, non costituisce un metodo di cura sicuro e radicale, potendosi il liquido riprodurre. Nel 1887 il Baccelli propose e adottò il suo metodo consistente nel parziale svuotamento della cisti, mediante agopuntura, e iniezione nella cavità di essa, a mezzo dello stesso ago di 20-25 cc. di soluzione all'1 ‰ di sublimato corrosivo. Tale sistema ebbe numerosissimi seguaci, essendone i risultati ottimi. Il sublimato corrosivo nella cisti determina la morte del parassita, e per conseguenza l'arresto della formazione del liquido e il riassorbimento del preesistente. Hanot seguì presso a poco lo stesso metodo. Il metodo del Baccelli però va usato soltanto quando il liquido della cisti è limpido, e quando la cisti sia unica e non multipla; giacchè in quest'ultimo caso, non essendo le varie cisti in comunicazione fra loro, non possono risentire gli effetti del veleno. Altro sistema proposto è l'elettro-puntura.

Ma in conclusione, pur non negando a tali metodi il loro valore, specie quando le cisti possono essere con essi raggiunte (cisti del fegato), è innegabile che l'escissione di esse è il vero efficace mezzo terapico radicale.

***

Ho creduto opportuno illustrare questo caso clinico, servendomi di tutti i mezzi d'indagine; ma essendo mancato l'intervento (che non è da escludere che avrebbe potuto dare qualche sorpresa circa la diagnosi di sede) viene a perdere forse gran parte della sua importanza.

BIBLIOGRAFIA.

1. AUGAGNEUR. *Tumeur du mésenthère.* Th. aggr. Paris, 1886.
2. AYER-DOWEL. *Mesenteric Cysts.* Arch. gén. de Méd., 1908.
3. BAUER. *Ueber mesenteriale und peritoneale Kysten*, 1910, Beitrage zur Klin. Chir.
4. BRAGUERYE. *Sulle cisti mesenteriche.* Arch. gén. di Méd., 1891.
5. DEVÉ. *Sur l'échinococcose secondaire du péricarde.* Soc. Biol., 18 dicembre 1918.
6. ID. *Rupture itérative des Kystes hydatiques du cœur.* Soc. Biol., 3 juin 1916.

7. DUVAL. *Préc. de Pathol. Chir.*, 1911.
8. FERRO. Rif. Med., 1921.
9. GUASONI. *Cisti linfatica dell'omento.* Riv. veneta di Scienze mediche, 1913.
10. HUON e COÑOR. *Echinococcose primitive du cœur chez le bœuf. Reun.* biol. de Marseille, 27 febbraio 1909.
11. OPPENHEIM. *Lehrbuch der Nervenkrankeiten.* Berlin, 1902.
12. TÜFFIER et MARTIN. *Kystes hydatiques du poumon.* Revue de chir., 1910.
13. REMEDI. *Contributo alla Chir. dell'echinococco.* Cagliari, 1906.

COMMENTI.

Il singhiozzo epidemico equivalente dell'influenza?

Dott. FILIPPO BUFFONE.

La memoria originale del prof. Pontano e del dott. Trenti, gli altri successivi lavori ed anche l'ultimo studio del dottor Linassi sul singhiozzo epidemico, lasciano insoluta la quistione se esso debba considerarsi come una nuova individualità clinica, come un sintoma isolato di un complesso quadro morboso, oppure come una forma larvata di una malattia già ben conosciuta e descritta in letteratura.

Sia permesso, pertanto, anche al medico pratico che vive lontano dal controllo del laboratorio e dall'ordinato materiale ospedaliero, poter portare un tenue contributo, dovuto spesse volte a constatazioni casuali.

Non mi fermo affatto sulla storia del singhiozzo epidemico e sul quadro clinico, perchè questi due punti sono stati esaurientemente trattati nei lavori, di cui sopra ho fatto cenno, ma, prima di esporre il risultato delle mie osservazioni, è bene tener presente che se il singhiozzo è sempre esistito come sintoma di perturbamento nervoso (isterismo) e come sintoma di gravissime affezioni organiche, in tali quadri morbosi ha rappresentato una semplice nota saltuaria, irregolare, incidentale, che è andata scomparendo con l'esito in guarigione o in morte dell'individuo che lo presentava; mentre come sindrome morbosa tipica, come entità clinica a sè, ha avuto l'onore della descrizione soltanto durante le varie epidemie influenzali, che hanno funestato l'umanità dal 1918 ad oggi.

Il Comune, dove esercito la professione conta circa diecimila abitanti ed è andato soggetto nel 1918-1919 alla terribile pandemia (spagnola) come alla più mite, classica epidemia che si è sviluppata nel dicembre ultimo e che ancora qua non si è estinta: quasi tutti gli abitanti, specialmente gli uomini, sono stati colpiti da questa forma benigna caratterizzata da laringite, bronchite, cefalèa e febbre, e, tranne qualche decesso di qualche individuo già sofferente di affezioni pulmonali o epatiche, si sono tutti ristabiliti in pochi giorni (e molti nelle campagne senz'altro sussidio terapeutico che le antiche tisane calde). Nessun caso si è verificato di encefalite epidemica nè durante le precedenti ricorrenze epidemiche, nè attualmente.

Nel decorso mese di marzo, quando l'infezione cominciò la sua fase decrescente, ebbi occasione di osservare cinque casi di una forma morbosa nuova e strana (di cui era stata già segnalata la comparsa nei periodici di medicina e che era già stato denominato singhiozzo epidemico). Essi presentarono gli identici caratteri clinici, con la sola distinzione, fra di loro, della diversa età e della diversa condizione sociale, in quantochè uno era giovane di 18 anni, un altro di 20, un altro di 34, e due sulla cinquantina; il primo fabbro ferrajo, il secondo, il quarto e il quinto contadini, ed il terzo avvocato.

L'insorgere del morbo ed il decorso furono uniformi in tutti, ecco perchè ne descrivo soltanto uno, che vale per gli altri:

G. A., avvocato, da Filadelfia, di anni 34: i suoi familiari hanno subito nel mese di marzo il comune attacco influenzale (febbre, tosse, cefalèa) ed egli solo era rimasto immune; un giorno però, in pieno benessere, fu colto da singhiozzo spasmodico che gl'impose di sospendere le sue occupazioni: avendo egli attribuito tale nojoso fenomeno ad imbarazzo gastrico, ricorse spontaneamente ad un purgante, ma non avendo trovato alcun giovamento, venne a consultarmi: ogni 4 o 5 minuti era costretto a sospendere, di botto, di parlare o di fumare, per obbedire alle imperiose scosse sussultorie, ritmiche, multiple che lo facevano saltare sui piedi, mi riferiva, negli intervalli di tregua, che tale spasmo involontario gli impediva di dormire, di mangiare e di lavorare, e implorava da me un rimedio che lo liberasse da tale tormentosa sofferenza; gli prescrissi del bromuro, associato ad altri antispasmodici e dei salicilici, e, per essi o senza di essi, al terzo giorno guarì.

Anche gli altri quattro infermi guarirono fra il terzo o quarto giorno, residuando soltanto, per qualche settimana, una modica astenìa neuro muscolare.

Fra tali casi da me osservati, e quelli descritti dal dott. Linassi esiste semplicemente questa nota differenziale, che, mentre egli afferma che il periodo precedente al singhiozzo è stato sempre occupato da un episodio influenzale, tale episodio nei miei casi manca completamente: essi sono stati colpiti d'emblèe, in pieno benessere, mentre fino a quel momento si erano mantenuti refrattari alla malattia epidemica da cui erano stati colpiti

i loro familiari. Trova però riscontro identico questa forma improvvisa di singhiozzo, come entità morbosa, al *vomito* epidemico da lui descritto.

Avendo fatte le opportune indagini anamnestiche, sui cinque infermi, ho potuto assicurarmi che non ebbero mai a soffrire di disturbi nervosi, e nelle loro famiglie non vi sono state manifestazioni tipiche di isterismo; non sono affetti da morbi mediastinici, pulmonali, pleurici, pericardici onde abbia potuto subire uno stimolo diretto il nervo frenico; non soffrono nè hanno sofferto di malattie dello stomaco, intestino, fegato, peritoneo, ecc., da cui, per via riflessa, avesse potuto subire irritazione il frenico; egualmente è da metter da parte un possibile contagio per simpatia, giacchè due vivono nell'abitato, in case distanti, mentre gli altri tre dimorano in campagna, in contrade lontane l'una dall'altra.

Ora, escludendo che in loro il fenomeno singhiozzo possa essere dipeso da causa nervosa, o da alterazione morbosa degli organi, i quali hanno rapporto diretto o indiretto col nervo frenico, bisogna ricercarne la causa in un *virus* che abbia agito direttamente sul centro frenico. E perchè si deve rivolgere altrove l'attenzione quando sappiamo che il virus influenzale produce nello organismo umano le più svariate lesioni anatomo-patologiche nel sistema nervoso centrale, nelle meningi, nei reni, nel fegato, ecc.?

Vero è che le ricerche etiologiche nel sangue, nel liquor cefalorachidiano e in altre secrezioni fatte dal prof. Pontano e dal dott. Trenti hanno dato esito negativo; ma tale risultato non mi pare sufficiente: per tagliare nettamente la quistione dal lato etiologico bisognerebbe avere la fortunata occasione di compiere delle ricerche anatomo-patologiche sul centro frenico e sul tronco nervoso di un individuo deceduto durante il periodo della affezione spasmodica freno-diaframmatica.

Quantunque il prof. Pontano escluda ogni rapporto d'identità fra il singhiozzo e le due malattie epidemiche recentemente comparse, encefalite ed influenza, io completamente concordo nell'escludere il rapporto con la prima malattia, ma non egualmente per la seconda, dappoichè sarebbe proprio esagerato considerare i varii gruppi di casi, osservati da ciascun autore durante l'epidemia influenzale, come una pura coincidenza.

Più logico invece è il considerarli come una forma larvata di un più complesso quadro di malattia infettiva.

Che poi l'affezione del frenico possa da sè sola essere ritenuta come l'esponente di una malattia infettiva, venne anche sostenuto, nella seduta del 5 dicembre 1906 presso la Società Lancisiana degli Ospedali di Roma (Policlinico 3 febbraio 1907) dal dottor Mancini, che illustrò un caso di nevralgia del frenico, senz'altra sintomatologia clinica, come forma larvata di malaria.

Si può pertanto dedurre che il singhiozzo, negli individui da me osservati, sia l'equivalente della sindrome influenzale, alla stessa maniera come una semplice nevralgia viene considerata come equivalente della febbre malarica; dappoichè, se le emotossine malariche, stimolando o flogosando un dato tronco nervoso possono produrre la nevralgia pura, anche il tanto discusso *virus* influenzale può apportare un'alterazione anatomica funzionale in un dato centro nervoso, nei tronchi da esso dipendenti e nei varii organi, cui essi sono destinati.

Se il Mancini ha dimostrato che la nevralgia del frenico aveva piena identità con la malaria, si può pensare che l'altra affezione del frenico da noi discussa ed estrinsecantesi come un complesso fatto spasmodico, cui si è imposto il nome di singhiozzo, sia pure una entità morbosa identica all'influenza.

Filadelfia (Catanzaro), 8 aprile 1922.

Nel meteorismo peritonitico.

Nota del dott. ALEARDO CERIOLI.

Il lavoro di Delore e Conrozier sull'enterostomia nel trattamento della peritonite, di cui nel *Policlinico* apparve recentemente una rassegna (V. *Policlinico*, Sezione pratica, n. 51, 1921) ed il ricordo d'un bambino morto con grande meteorismo dopo la laparotomia che avevo praticato nella supposizione, invero molto fondata, di trovare una rottura intestinale da trauma, laparotomia che riuscì solamente esplorativa, mi inducono ad esporre — qual semplice proposta per eventuali studii — la seguente idea.

Non potrebbe il chirurgo in ogni laparotomia in cui già esista oppure sia da temersi per l'avvenire il meteorismo, far introdurre da un assistente *durante lo stesso atto operativo* un lungo tubo pel retto, e non potrebbe egli medesimo con una mano introdotta nella ferita laparotomica guidarlo palpando il sigma, in guisa da condurlo ben in alto nel colon discendente? E' nota a tutti l'estrema difficoltà del sondaggio intestinale dalla via del retto, senz'altro aiuto, e come questo prov-

vedimento, qual cura postoperatoria, in ispecie a meteorismo già iniziato, riesca di regola inapplicabile: ciò giustifica l'introduzione preventiva della sonda durante l'atto operativo, mentre l'operatore stesso può renderla, credo, abbastanza agevole, flettendo e dirigendo il tubo nel colon colla propria mano, mentre l'assistente lo spinge dal retto. Questo tubo, che potrebbe essere anche più grosso di una sonda esofagea, permanendo nell'ultima porzione dell'intestino per alcuni giorni dopo l'operazione, non raggiungerebbe gli stessi scopi della fistola intestinale a mezzo di una semplice Nélaton raccomandata da Delore e Conrozier?

Tralascio di discutere ampiamente questa proposta essendo ovvii gli argomenti pro e contro che si possono addurre; solo mi limito ai seguenti brevi appunti.

Lo svuotamento dell'intestino è senza dubbio argomento di capitale importanza in chirurgia addominale poichè facilitando l'assorbimento, la difesa ed il drenaggio del peritoneo sarebbe un ottimo preventivo della peritonite. Eviterebbe un circolo vizioso che non di rado rovina il frutto dei migliori interventi.

All'autopsia del bambino sopraccennato notai che l'estremo inferiore del sigma, cacciato in basso, formava coll'estremità superiore del retto schiacciata contro la metà destra dello stretto superiore del bacino un angolo acuto, simile a quello delle branche di un V capovolto. È forse il formarsi di questa ripiegatura dell'intestino, data la particolare situazione anatomica del sigma e del retto, per forza della spinta di tutti i visceri soprastanti, mentre lo svuotamento intestinale non riesce per la paresi sufficiente alla bisogna, la causa della completa occlusione nel meteorismo peritonitico? Il meteorismo cominciato per la paralisi non diventa in seguito da occlusione? I risultati dei due citati autori parlerebbero in realtà favorevolmente a questa supposizione, perchè se la paralisi fosse l'unica causa del meteorismo l'apertura dell'intestino in qualunque suo punto non dovrebbe riuscire in alcun modo a svuotarlo.

Lonato (Brescia).

LEZIONI.

Le convulsioni.

Lezione tenuta alla Clinica Pediatrica di Lilla dal dott. DE VAUGIRAUD.

(Journal des Sciences Médic. de Lille, 1922).

Parlare di «convulsioni» od eclampsia infantile significa studiare una delle più frequenti e complesse reazioni nervose della prima età.

Gli antichi autori distinguevano, a seconda della lesione di questo o quel gruppo muscolare, le convulsioni in esterne ed interne, attribuendo a quest'ultimo gruppo le contrazioni localizzate ai muscoli del faringe, del laringe, del diaframma. Ora non si parla più di convulsioni interne od esterne, ma si tende ad isolare dalle convulsioni propriamente dette le convulsioni esclusivamente toniche e a far rientrare queste nella tetania.

Marfan caratterizza le convulsioni «accessi ordinariamente brevissimi di contrazioni involontarie dei muscoli sottoposti alla volontà, con o senza contrazione dei muscoli della vita vegetativa. Quando la contrazione è continua, la convulsione è detta tonica: se essa si manifesta con scosse successive più o meno ravvicinate, la convulsione è detta clonica».

Dobbiamo perciò distinguere anzi tutto:

1° Gli accessi completi — fase tonica più fase clonica.

2° Gli accessi incompleti — manca o sembra mancare la fase tonica.

3° Gli accessi irregolari — con successione disordinata dei due tipi.

Qualunque sia il tipo, la crisi convulsiva, ha spesso inizio brusco. Gli autori hanno segnalato talora dei prodromi osservabili dai parenti (grida, agitazione, iperestesia sensitivo-sensoriale, emotività, instabilità) o rilevabili con la ricerca sistematica (esagerazione dei riflessi tendinei, ipereccitabilità galvanica).

L'accesso completo, generalizzato, regolare, somiglia molto alla crisi epilettica.

Il bambino impallidisce d'improvviso; il suo sguardo diviene fisso; il globo oculare è mosso il più spesso sotto la palpebra superiore, molto più raramente in basso, nella qual posizione s'immobilizza.

La pupilla è, ordinariamente, dilatata. La testa è ruotata verso un lato e rovesciata indietro: le mascelle sono serrate. Gli arti sono rigidi: le dita flesse, il pollice appoggiato sul palmo della mano. Il tronco intero è rigido,

il torace immobile, la respirazione arrestata. Fin dall'inizio la coscienza è abolita e l'insensibilità è assoluta. Questa fase tonica dura alcuni secondi: ad essa segue la fase clonica.

I globi oculari, agitati da movimenti intercisi, ruotano nelle orbite: le pupille si contraggono e si dilatano alternativamente fino al momento nel quale, essendo imminente la risoluzione, esse restano contratte. Le commissure labiali sono stirate all'infuori, il labbro superiore tirato in alto: il trisma persiste od è interrotto da scosse delle mascelle. Compare una schiuma sanguinolenta.

Gli avambracci sono agitati da movimenti rapidi di semiflessione e semiestensione, mentre le dita restano ordinariamente flesse: identici movimenti, generalmente meno accentuati, agli arti inferiori. I muscoli del laringe e del diaframma sono animati da contrazioni spasmodiche: il passaggio dell'aria inspirata attraverso la glottide semichiusa produce un rumore speciale. Spesso vi è perdita di feci ed urine. Se l'accesso si prolunga, il viso diviene violaceo e si copre di sudore, le estremità si raffreddano, il polso si indebolisce e si accelera, la temperatura si eleva a 39°, a 40°, a 43°.

Questa fase dura talora alcuni secondi, talora uno o due minuti, talora più: poi il bambino entra in completa risoluzione muscolare. Talora grida e piange, il più spesso resta un momento in stato stuporoso con respiro stertoroso: talora si osserva uno stato di paresi ed emiparesi. Una minzione può segnare la fine della crisi.

Nell'accesso completo e generalizzato, le convulsioni sono bilaterali, ma talora più accentuate da un lato: esse poi non sono *d'emblée* generali: iniziano dai globi oculari, si estendono quindi al viso, al collo, alla nuca, agli arti superiori, al tronco, agli arti inferiori.

Molte volte si vedono accessi incompleti, nei quali una delle due fasi, il più spesso la tonica, manca o per lo meno sfugge alla nostra osservazione, ed anche accessi irregolari.

Molto spesso si osservano convulsioni parziali localizzate, o predominanti, in un segmento del corpo come arti, tronco, viso (le più frequenti interessanti o la totalità dei muscoli del viso o un gruppo muscolare come l'orbicolare delle labbra, i muscoli della lingua, i muscoli del globo oculare) o convulsioni interne localizzate ai muscoli del faringe, con difficoltà grave della deglutizione, ai muscoli laringei e al diaframma con apnea o con ispirazioni interne ed espirazioni brevi.

Sia le forme parziali che incomplete, si accompagnano con perdita della coscienza e della sensibilità e terminano con pianto o sonnolenza.

Il più spesso la crisi non è unica: essa si ripete dopo qualche ora o qualche giorno o più settimane, o divengono subentranti e dar magari luogo alla morte per asfissia.

Spesso una causa, sempre la stessa per un dato paziente, sembra intervenire nello scatenamento della crisi, un accesso febbrile, un'eruzione dentaria.

In generale le crisi tendono, a mano a mano che il bambino cresce, a divenire più rare: dopo i sette anni non si osservano quasi più.

Un accesso completo, generalizzato, somiglia molto alla crisi comiziale: sono stati proposti alcuni segni differenziali, ma il loro valore è relativo.

Per l'epilessia parlerebbe: l'aura premunitoria, il grido iniziale, il morso della lingua, le vertigini, le assenze, i *tics* nell'intervallo delle crisi, le modificazioni del carattere. In pratica prima di fare questa diagnosi occorre seguire l'evoluzione delle crisi per più anni.

Lo spasmo della glottide inizia nel bambino con una inspirazione difficile e lenta, accompagnata da una specie di gorgoglio, si continua con un periodo di apnea, interrotto o no da inspirazioni penose.

L'accesso intiero non dura più di trenta secondi e non si accompagna a perdita di conoscenza.

Tuttavia Marfan fa osservare che l'accesso di spasmo glottideo può alternarsi con convulsioni nei soggetti affetti da tetania o spasmofilia.

La tetania o *spasmofilia* si caratterizza per contrazioni temporanee localizzate specialmente alle estremità degli arti, per convulsioni, per ipereccitabilità elettrica e meccanica dei muscoli (manovra di Trousseau-Chwostek).

Non si assomiglieranno certo alle convulsioni quelle scosse ritmiche della testa e del tronco imitanti il saluto o il diniego, talora accompagnate da nistagmo, ma senza perdita di coscienza, note sotto il nome di *tic de Salaam* o di *spasmo nutans*.

Intorno al *meccanismo* delle convulsioni del bambino sappiamo poco. Nell'adulto l'eccitazione convulsivamente è dovuta, il più spesso, ad una lesione corticale che sospende l'azione inibitrice normalmente esercitata dal cervello sul midollo: ma nel bambino non è certo la stessa cosa in quanto i centri corticali sono a malapena sviluppati e le convulsioni sono più

probabilmente dovute ad una eccitazione midollare.

In alcuni casi tale eccitazione sembra derivare da *un disturbo nutritivo* della sostanza nervosa come può provocarli l'asfissia (convulsioni consecutive a corpi estranei nelle vie aeree, al crup, alla broncopolmonite; spesso si può riferire la causa a *sostanze tossiche* esogene od endogene, o ad *infezioni*, o ad *azioni riflesse* o ad *insufficienza paratiroidea*.

È certo che l'osservazione riconosce due indiscutibili *cause predisponenti*: l'*eredità* (psicosi, nevrosi, affezioni nervose organiche, saturnismo, alcoolismo, tubercolosi, sifilide); *l'età* (la massima frequenza si ha dai 3 ai 6 mesi).

Per *le cause determinanti* dobbiamo distinguere:

1° Convulsioni dovute a lesioni acute o croniche dei centri nervosi:

La meningite tubercolare, la cerebrospinale, le meningiti acute possono in tutti i bambini accompagnarsi a convulsioni terminali, agoniche: ma nei lattanti le convulsioni incessanti possono costituire il segno dominante della meningite tubercolare (forma eclamptica di Marfan).

Convulsioni si hanno ancora nelle:

emorragie meningee di origine ostetrica;
emorragie meningee negli stati asfittici;
tromboflebiti dei seni;
congestioni cerebrali e meningee risultanti dal colpo di calore;
anemie consecutive a gravi emorragie;
encefaliti emorragiche (spesso nella sifilide congenita);
encefaliti acute, letargiche o no;
traumi cranio-cerebrali;
lesioni congenite del cervello, sifilide o no (sclerosi cerebrale, porencefalia, idrocefalia, gliomi, ascessi o tubercolomi del cervello).

2° Convulsioni dovute ad affezione di un altro apparato. — Una brusca elevazione di temperatura, spesso accompagnata da convulsioni nei bambini, può indicare l'inizio di varie infezioni: influenza, polmonite, broncopolmonite, morbillo, scarlattina, angina, otite acuta, poliomielite.

3° Intossicazioni esogene:

Tossine gravidiche (neonati da madri eclamptiche).

Allattamento (alcool, nefrite, dispepsia o stato patologico della nutrice; oppio, belladonna, bromoformio, santonina, piombo, ossido di carbonio).

4° Intossicazioni endogene:

Autointossicazioni digestive (dentizione, indigestione acuta, gastroenteriti, enteriti coleriformi, strozzamenti erniari, stenosi piloriche), rachitismo, insufficienza epatica? insufficienza surrenale? eclampsia uremica.

5° Convulsioni riflesse per eccitazione di origine periferica:

Convulsioni dentarie, elmintiasi, cerume o corpo estraneo nell'orecchio, o nelle narici, o nelle vie aeree, ustioni estese.

Allorchè, ricercando l'origine di una crisi convulsiva siano state eliminate metodicamente le affezioni cerebrali o meningee, le malattie febbrili, le intossicazioni, le tetanie, non bisognerà subito ammettere la crisi esaminata nel gruppo delle convulsioni essenziali, ma ricordarsi dell'avvertenza che fa Marfan: «le convulsioni essenziali si osservano sovratutto negli eredoluetici».

La prognosi delle convulsioni dipende anzi tutto dalla loro causa. Secondo Collin e Revon possono considerarsi meno gravi *le forme* nelle quali le convulsioni toniche sono assenti o poco marcate.

Per la terapia, bisogna anzitutto porre il bambino sul letto e svestirlo: se la crisi si prolunga, dare un bagno tiepido (35°-36°), con effusioni fredde sulla testa, per dieci minuti: se vi è febbre: gr. 0.25 di antipirina in un poco di acqua zuccherata.

Se gli accessi tendono a divenire subentranti: inalazioni, su compresse, di cloroformio od etere. Cloralio in *pozione;* nel neonato gr. 0.03 a gr. 0.05; nel lattante gr. 0.05 a gr. 0.15; dai 2 ai 6 anni, gr. 0.20 a gr. 0.30 (per clistere raddoppiare le dosi).

Bromuro di K o di Ca (gr. 0.50-gr. 1); antipirina per clistere (gr. 0.10 a gr. 0.20 per 5-10 gr. di acqua).

La puntura lombare è utile non solo per la diagnosi, ma anche per la cura dell'ipertensione. Rigettare come inutili e magari dannosi: senapismi, salassi, iniezioni di soluzione fisiologica, o di olio canforato.

Infine: trattamento causale.

Se però gli accidenti si ripetono, occorrerà prescrivere un trattamento anticonvulsivo: cura di 15 giorni e poi riposo di 5 giorni di bromuro di Ca, K, Na (prima dei 6 mesi: gr. 0.50; da 6 a 12: gr. 0.75; negli altri gr. 1) oppure gardenal o luminal alla dose di gr. 0.02 a gr. 0.03.

Evitare gli stimolanti (compresi bagni salini o solforosi) ed ogni causa di eccitazione.

MONTELEONE.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

Importanza e significato della glicogenesi epatica.

(ROGER. *La Presse Médicale*, 8 febbraio 1922).

Dopo che C. Bernard scoprì la glicogenesi epatica, molti considerarono il fegato come la fusione di due glandole, l'una a secrezione esterna (bile), l'altra scaricante i suoi prodotti, cioè il glucosio, in circolo.

Ma poi si scoprì che il fegato ha una funzione importante nella produzione dell'urea; che arresta e modifica le albumine, i peptoni, i sali di ammonio; che agisce sui grassi, sulle sostanze aromatiche, sui veleni. Queste varie e molteplici funzioni sembravano però isolate e indipendenti l'una dall'altra, senza alcun rapporto nè alcuna subordinazione.

L'autore già da lungo tempo era arrivato ad una concezione ben differente specie per ciò che riguarda la funzione glicogenica sui veleni. Da numerose esperienze praticate su animali in stato vario di inanizione l'A. aveva visto che col diminuire del contenuto in glicogeno del fegato, diminuiva parallelamente l'azione difensiva sui veleni. Il glicogeno, o il glucosio che da esso deriva, interverrebbero direttamente in questa funzione difensiva, formando con la sostanza tossica una combinazione inoffensiva. Il glicogeno ha quindi una nuova e importante utilizzazione nell'organismo oltre che quella semplice di riparare alle sue perdite energetiche.

Oggi sappiamo che le sostanze tossiche che hanno o che possono assumere nell'organismo una funzione alcoolica o fenolica, si uniscono agli zuccheri del fegato per formare dei glucosidi, i quali per ossidazione delle loro catene alcooliche danno luogo ad acidi glicuronici combinati poco tossici e facilmente eliminati dai reni.

Il glucosio proveniente dal fegato contribuisce quindi alla protezione dell'organismo. Il fegato non arresta solo le sostanze solubili che gli arrivano dalla vena porta; esso esercita anche un'azione distruttiva su diversi germi patogeni, azione anche questa in diretto rapporto proporzionale col contenuto in glicogeno del fegato.

L'osservazione clinica ha mostrato le relazioni esistenti tra la soppressione degli idrati di carbonio e lo sviluppo dell'acidosi. Gli studi sperimentali hanno chiarito il fatto empirico mostrando l'azione del fegato nella formazione e nella distruzione dell'acido β-ossibutirrico e dei corpi acetonici.

Possiamo così comprendere il meccanismo delle manifestazioni dette acetonemiche nel diabete, e capire l'influenza del digiuno nell'uomo sano che provoca rapidamente il passaggio nell'urina dell'acetone e dell'acido acetilacetico, ma non del β-ossibutirrico, forse il più dannoso, dei vari corpi. Nel diabetico in cui la funzione glicogenetica è indebolita l'acido β-ossibutirrico appare dall'inizio dell'inanizione.

Il glicogeno interviene ancora nella trasformazione dei grassi: il fegato trasforma gli acidi grassi in acidi sempre meno saturi, e così l'acido stearico passa in acido oleico, poi linoleico, quindi linolineico.

Gli acidi non saturi elaborati dal fegato contribuiscono alla formazione dei fosfatidi dei quali questo organo è molto ricco: essi costituiscono, secondo l'espressione di Loew, delle macchine per bruciare gli acidi grassi. Ma queste combustioni avvengono solo in presenza del glicogeno, che costituisce il vero fuoco per bruciarli. Il fegato ha ancora una azione importante nel metabolismo delle materie azotate. Esso fabbrica e distrugge gli aminoacidi, collabora alla formazione dell'urea, sintetizza le albumine. Ma la distruzione degli aminoacidi esige l'integrità della glicogenesi epatica.

Il fegato forma l'urea a spese dei sali ammoniacali e particolarmente del carbonato di NH^4, ma è anche capace di formarla per ossidazione a contatto del glucosio.

Il fegato può fare la sintesi degli aminoacidi unendo l'ammoniaca sia con acidi α-chetonici, sia con degli acidi-alcool, come l'acido lattico.

Si può quindi facilmente pensare alla possibilità d'una sintesi d'albumina per l'unione di ammoniaca e di zucchero. Questa sintesi è possibile perchè gli zuccheri forniscono acidi α-chetonici, mentre i grassi ossidandosi sulla catena β non possono servire alla ricostruzione dei proteidi.

Come sempre le formule sono reversibili e quindi si può dire che se gli zuccheri possono formare delle albumine unendosi all'NH^3, le albumine possono perdere dell'NH^3 e servire alla ricostruzione della riserva glicogenica.

Basterebbe aver sotto gli occhi un momento le varie formole del glucosio, della glicerina, dell'acido lattico, dell'alcool etilico dell'aldeide acetica, dell'acido acetil-acetico, per vedere i rapporti sempre reversibili che li uniscono.

Cogli alimenti introduciamo ogni giorno una certa quantità di creatina: i muscoli ne con-

tengono una forte quantità; ma la maggior parte viene dal metabolismo cellulare, il fegato la trasforma in creatina, che il rene può poi eliminare. Ma questa trasformazione non avviene se il parenchima epatico non contiene glicogeno: il digiuno prolungato fa comparire nell'urina vicino alla creatinina della creatina che subito scompare somministrando idrati di carbonio.

La conoscenza delle relazioni tra glicogenesi e le varie funzioni del fegato dà luogo a qualche deduzione pratica.

L'esperienza aveva già dimostrato i benefici d'una alimentazione idrocarbonata nelle malattie le più diverse. Lo zucchero è indispensabile sia nelle infezioni che nelle intossicazioni, nelle affezioni che portano all'acetonemia, o all'acidosi. I chirurghi inglesi hanno mostrato che la maggior parte dei disturbi, e in specie il vomito, consecutivi agli anestesici, si evitano somministrando al paziente un pasto d'idrati di carbonio, qualche ora prima la cloroformizzazione.

Il glicogeno epatico non è soltanto la riserva a cui attinge l'organismo secondo i vari bisogni delle differenti modalità energetiche, ma ha un ufficio complesso e importante, agendo sui prodotti chetonici, sui grassi, sui proteidi e loro derivati, sulle sostanze tossiche ed anche sui microbi. Il glicogeno non si può più quindi riguardare soltanto come l'espressione della attività della cellula epatica, esso è un elemento indispensabile all'attività chimica del fegato.

T. DE SANCTIS MONALDI.

MEDICINA.

Nuovi orientamenti nell'alimentazione dei febbricitanti.

(H. SALOMON. *Revista del Circulo med. Argentino,* 1921).

Già molti secoli prima di considerare i processi vitali come processi di ossidazione, si sospettava essere la febbre un processo di aumento delle combustioni: questo ci spiega perchè dai tempi più remoti fino alla metà dello scorso secolo dominava l'idea che per nessuna ragione doveva stimolarsi la combustione « gettando più carbone al fuoco ».

Ben diceva Graves quando sosteneva che per molti infermi la terapia della fame ordinata dal medico giungeva ad esser tanto perniciosa quanto la stessa malattia.

Come in tutti i tempi anche allora abbiamo medici che non occupandosi dell'indirizzo della scuola ma seguono invece la propria esperienza; così A. Reil contro il parere di Brown, Brousseais ed altri affermano doversi lasciar guidare dall'appetito dei pazienti febbricitanti.

In seguito Graves « He fed fevers » propugna pubblicamente un'alimentazione più abbondante nella febbre; però con le sue prescrizioni dietetiche non si superano le 400-500 calorie quotidiane.

Più tardi Trousseau, Senator, Buss, Hoesslin furono partigiani di una dieta più liberale, ma fino ai tempi moderni le indicazioni dietetiche erano più o meno moderate: nel 1899 Senator considerava eccessive 2000 calorie, nel 1893 Puritz parla di 2700 calorie nell'alimentazione durante l'ileotifo; Juergens ammette in questa malattia 2000-2500 calorie; Schottmüller parla di 2800 calorie.

La distribuzione del totale delle calorie fra albumine, grassi e idrati di carbonio, non gode ancora di regole solidamente determinate per cui vale la pena studiare questa questione dal punto di vista delle nuove acquisizioni.

È certo che possiamo abbandonare l'antico timore dell'elevazione della temperatura nella somministrazione di alimenti ai febbricitanti.

Già nel 1882 Hoesslin in opposizione a Bauer, provò che in media la temperatura del corpo negli stati febbrili aumenta, dopo la somministrazione di alimenti, di 0.24 gradi; tali osservazioni furono recentemente confermate da Warren Coleman e Dubois; l'aumento della produzione di calore nel febbricitante dopo la ingestione di alimenti (la cosidetta energia dinamica specifica dell'alimento) misurato dall'aumento di consumo di ossigeno è notevolmente piccolo.

Resta da verificare se, come sembrano insegnare le esperienze cliniche, determinati alimenti che contengano albumine, specialmente la carne, possano anche quando siano occasionalmente o volontariamente somministrati in misura abbondante o improvvisa, esser causa di ascesa della temperatura.

Prima le necessità alimentari del febbricitante erano calcolate troppo basse; secondo gli antichi lavori di Kraus, Lochning ed altri si accettava un aumento del 20-25 % nel metabolismo totale quasi uguale cioè a quello che l'A. ha constatato nel bagno di luce incandescente, mentre che col bagno ad acqua calda (40 gradi) secondo Winternitz, la produzione calorica aumenta intorno al 30-75 %.

Secondo gli ultimi lavori di Grafe l'aumento del ricambio totale, nelle infezioni acute raggiunge il 30 ed anche il 40 %: un ricambio maggiore del 40 % importa, più o meno, circa

1000 calorie, somma questa perfettamente applicabile ad un febbricitante acuto.

Un'altra ragione che ci impone di aumentare gli alimenti, specialmente a base di idrati di carbonio, deriva dalle esperienze fatte sopra il metabolismo delle albumine nelle infezioni.

Fino a quest'ultimo tempo si metteva in relazione l'aumento del ricambio delle albumine con vari fattori: tra questi dobbiamo tenere conto della ipoalimentazione che si ha durante la febbre, e dell'azione tossica esercitata sopra le albumine del corpo.

D'altra parte esperienze recenti di Hirschifeld, Ott, Weber, ed altri nella tubercolosi e negli animali, di Schaffer e Warren Coleman nelle febbri acute, hanno dimostrato che in un febbricitante acuto, anche grave, si può vincere l'aumento di distruzione delle albumine ed ottenere un bilancio di azoto positivo.

E. Grafe si basa sul fatto che nella febbre il ricambio dell'albumina è aumentato in modo assoluto ma che però la partecipazione delle albumine nel ricambio totale non è maggiore di quel che si verifica nella fame senza febbre, per ripudiare il concetto di una distruzione tossogena delle albumine e considerarla come conseguenza dell'ipoalimentazione: questo modo di vedere è confortato anche dal fatto che la distruzione febbrile dell'albumina può compensarsi completamente con una alimentazione ad alto valore calorico specialmente ricca di idrati di carbonio.

Praticamente è impossibile però far ingerire troppi idrati di carbonio.

Nè può ottenersi il risparmio dell'albumina con i grassi che non sono un sostituto equivalente di esse, dovendosene somministrare in quantità grandi, maggiori della corrispondente di albumina.

Al febbricitante va perciò dato un elevato numero di calorie, a patto che non si abbiano minimi disturbi gastro-intestinali.

Prescindendo dai primi giorni non sarà difficile fare ingerire 2000, 2500 calorie sotto forma di latte, crema, zuppe mucillaginose, bevande, zucchero, ecc. Però in molti infermi con febbre acuta da morbillo, scarlattina, influenza, setticemia, tifo, ecc., lo stato degli organi digestivi è tale che si raggiungono senza gran difficoltà dalle 3000 alle 4000 e più calorie.

È una questione da risolvere se il risparmio di alcune centinaia di grammi di albumina del corpo è realmente utile; l'esperienza personale dell'A. mostra il gran vantaggio che la terapia può trarre dal sottomettere gli infermi ad una alimentazione ricca di calorie.

Occorre notare che in determinate infezioni: angina, polmonite, ecc., l'affezione di certi organi dànno indicazioni speciali ed impongono una riduzione dell'alimentazione.

La questione dell'optimum di albumine nella alimentazione dei febbricitanti non è risolta, potendo molti argomenti esser portati sia in pro che contro. Riassumendo possiamo dire che con una alimentazione ricca in azoto, la eliminazione dell'*N* nelle urine, sebbene maggiore che negli infermi alimentati con dieta povera di *N*, non aumenta in proporzione all'*N* ingerito, in modo che il bilancio migliora. Tenendo anche d'occhio il fegato e i reni, in generale sembra raccomandabile non sorpassare i 100-120 gr. di albumine. Riguardo alle calorie di idrati di carbonio, la questione dell'optimum è più semplice: si tratta di darne quante ne permettano lo stato generale e lo stato del canale digestivo; da considerarsi le zuppe mucillaginose, i succhi di frutta, banane, purès, zuccheri, ecc. A causa del maggior potere edulcorante dello zucchero di canna si potrà far ingerire maggior quantità di levulosio e specialmente di lattosio.

Gli autori americani hanno impiegato fino a 750 grammi di lattosio al giorno.

MONTELEONE.

CHIRURGIA.

Prolasso attraverso l'ano del sigma colico invaginato per un lipoma sottomucoso peduncolato.

(Prof. RINALDO CASSANELLO. *La Riforma medica*, n. 3, anno 1921, pag. 57).

L'A. ricordando un caso, già pubblicato, di invaginazione dell'intestino tenue, causato da un lipoma della parete intestinale, il quale richiese una resezione di m. 2,15 di intestino, riferisce di un altro caso di invaginazione delle porzioni basse del tubo digerente, causata da un lipoma del sigma colico, nel lume del quale assumeva la forma di polipo sottomucoso peduncolato.

B. T., di a. 51, contadino, da Modena; sofferente da qualche anno di stitichezza, negli ultimi mesi avvertiva nella defecazione che un piccolo corpiciattolo duro sporgeva dall'ano e si riduceva attraverso l'apertura anale soltanto con manovre digitali e con semicupi.

Un giorno a causa di un grande sforzo nel lavorare avvertì fra le natiche un grosso corpo estraneo fuori dell'ano, del volume di un pugno, sanguinante, quale mai fino ad allora

aveva avvertito. Non si ridusse nè con i mezzi già usati nè con il riposo a letto. Anzi al mattino seguente, sotto lo stimolo di defecare ponzando, si accorse della fuoriuscita di anse intestinali, che non rientravano in alcun modo. Seguirono dolori al basso ventre ed in corrispondenza dell'intestino prolassato, vomito di sostanze alimentari.

In tali condizioni l'ammalato, ricoveratosi in ospedale, presentavasi sofferentissimo per violenti dolori all'addome, con incipiente vomito di sostanze fecaloidi, ventre meteorico, anse intestinali assai distese, in contrazione durante gli sforzi dolorosi.

Dall'ano fuoriusciva porzione cilindrica di intestino per circa 20 cm., alquanto ripiegato indietro. La mucosa soprastante fortemente tumefatta, di colore bluastro, con qualche rara chiazza di foglia secca, sanguinava in più punti. Spasmo dello sfintere anale, dell'intestino prolassato, il quale presentava all'estremo inferiore un tumore sfenoidale, grosso quanto una noce e che con peduncolo sottilissimo si impiantava sulla parete anteriore del lume viscerale. Nel cilindro intestinale prolassato non vi erano altre tumefazioni o restringimenti. L'esplorazione rettale rivelava presenza di un cavo rettale alto circa 10 cm. il cui fondo era costituito dalla ripiegatura dello intestino retto su quello invaginato. Perineo valido e resistente. Il sigma colico era quindi invaginato per pieghe interne od esterne sopra e sotto-anali. Dall'esame clinico appariva chiara la forma clinica di prolasso invaginato (Grosselin) o più propriamente invaginazione procidente (Delbet).

Le infruttuose manovre di taxis per ridurre il viscere prolassato, le sue condizioni di cangrena incipiente, una lacerazione prodottasi nelle manovre di riduzione indussero l'A. allo intervento laparotomico, in posizione di Trendelenburg, con taglio ombelico-pubico. Una dolce trazione sul viscere prolassato dalla cavità del bacino lo fece svaginare riducendolo nella cavità pelvica. Facilitato da un'abnorme lunghezza del mesosigma resecò 16 cm. del sigma con gli incipienti segni di cangrena, suturò con anastomosi termino-terminale il colon al retto. Lasciò saffo alla Mickulicz in cavità per tre giorni, dopo i quali evacuò spontaneamente, ed in 26ª giornata fu dimesso completamente guarito. L'esame microscopico del tumore dimostrò trattarsi di tessuto lipomatoso.

L'A. insiste sul concetto, già enunciato nell'altra sua pubblicazione del 1912, che la invaginazione è una conseguenza non infrequente dei lipomi dell'intestino. Dopo di lui altri AA. hanno riferito nuovi casi, tra i quali però non conosce altro di invaginazione del sigma colico, provocato da lipoma peduncolato.

In questo ultimo caso illustrato il momento patogenetico determinante dell'invaginazione fu il lipoma sottomucoso peduncolato, sito nella parete anteriore del sigma verso la sua metà. Il tumore producendo ostacolo meccanico, provocava contrazioni a monte dell'intestino, che man mano andava progredendo verso il basso per movimenti peristaltici dell'ansa invaginante, come dalla storia risulta, fino a quando il paziente percepì la piccola tumefazione uscita dall'ano e numerosissime volte ridotta. Gli sforzi del lavoro e della defecazione determinarono il prolasso del viscere invaginato. Ma oltre che dalla presenza del tumore l'invaginazione è ordinariamente favorita dalla rilassatezza dei mezzi di sostegno e di sospensione dell'intestino retto e colon, i quali ultimi nel caso in parola erano sospesi ad un meso abnormemente allungato. Invaginazione procidente e chiusura dell'alvo imposero l'intervento di urgenza, imposto dalla cangrena iniziale del viscere prolassato. Le buone condizioni del retto e del perineo, la mancata riduzione, il cattivo stato di nutrizione di porzione del colon invaginato e prolassato fecero rivolgere il fine dell'operazione alla rimozione dell'invaginamento ed alla cura radicale per via laparotomica e non esterna. Delle due vie, la esterna anale (metodo Mickulicz) o interna addominale preferì la seconda per evitare o che restasse un tratto di invaginazione sopra anale o che si formasse un collaretto denso e spesso per l'addossamento della sutura delle pareti dei due cilindri, invaginati ed invaginante. Condizioni che avrebbero potuto essere causa di nuova invaginazione. Con l'intervento laparotomico si potè anche provvedere ad eliminare una delle condizioni favorevoli dell'invaginamento, l'abnorme lunghezza del mesosigma e mesocolon discendente, la quale venne eliminata con opportuna resezione.

IURA.

Una operazione semplice per la cura del prolasso del retto nei bambini.

(H. MÖLLER). *Hospital Tidente*, in *The Medical Review*, giugno 1921).

Nel 1909 Kehorn descrisse una operazione che consiste nel fissare la parte posteriore del retto al sacro con un unica sutura trasfossa che forma un laccio abbracciante la parte inferiore del sacro, la pelle sopra di esso e la parete posteriore del retto. L'operazione non comporta incisione della cute nè del retto; ridotta la parte prolassata l'intestino viene man-

tenuto in buona posizione dall'indice della mano sinistra: un ago montato abbastanza grande viene passato da una parte dell'estremità inferiore del sacro attraverso i tessuti interposti finchè raggiunge e trapassa la parete posteriore del retto nel quale incontra l'indice della mano sinistra.

Col dito l'ago viene guidato fino all'ano, ove s'infila con seta robusta di cui un capo è portato indietro dall'ago che rifà il percorso. Lo stesso processo viene ripetuto dall'altra parte del sacro. I due capi, che debbono fuorfuscire ad uguale livello, vengono legati al difuori della pelle.

Non sono necessarie medicature nè occorre tenere in letto il paziente; la sutura viene rimossa al quindicesimo giorno. L'A. ha eseguito questa operazione in 15 casi in ciascuno dei quali ha avuto un soddisfacente risultato immediato; a parte la leggera infezione del tramite dell'ago, non ci furono complicazioni e in tutti i dodici casi potuti osservare dopo qualche tempo il buon risultato dell'operazione rimase permanente.

I vantaggi di questa operazione sono la sicurezza, l'efficacia, la rapidità e la permanenza minima in ospedale.

Wessel ha pure raccomandato la sutura del retto al sacro, ma preferisce passare l'ago tra gli strati muscolare e mucoso del retto così che soltanto il primo è incluso nella sutura. Con questa modificazione il tramite della sutura passa attraverso tessuti sterili con il risultato di evitare la sepsi di detto tramite. Operò con tale operazione 11 casi di prolasso in bambini; in 9 di questi il prolasso comprendeva l'intero spessore dell'intestino mentre in altri 2 la sola mucosa era prolassata. In 3 dei casi di prolasso totale si ebbe recidiva che fu probabilmente dovuta al fatto che l'intestino era stato fissato per errore al disotto del livello dell'inversione.

La modificazione di Wessel all'operazione di Skehorn richiede un ago di Haghedorn grandissimo quando il bambino è grandicello e quando il prolasso è di una certa entità.

U. BANI.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Sul valore curativo degli alcaloidi della china nella malaria.

Dal principio del secolo XVII, quando cominciò ad adoperarsi la corteccia di china nella cura delle febbri intermittenti, fino allo scorcio del secolo XIX (epoca nella quale si isolò la chinina pura), il divin farmaco fu adoperato allo stato grezzo e integrale. Coll'isolamento della chinina pura e la preparazione dei suoi sali sono stati abbandonati o quasi nei rifiuti i prodotti secondari e cioè tutti gli altri alcaloidi che nella china si ritrovavano. Non mancano però nella storia della terapia delle febbri malariche osservazioni importanti di vari AA. dimostranti l'efficacia di questi prodotti secondari in confronto al trattamento colla pura chinina. Si può consultare in proposito una recente pregevole memoria del dott. Silvestri: « La cinconina nella cura della malaria ». *Policl.*, Sez. Medica, 1921.

Tre osservatori inglesi dell'India: Acton W. H., Dagmar R. Purjel e Dewey J. O. (*The Indian Journal of Medic. Research*, aprile 1921) hanno studiato il valore curativo del complesso degli alcaloidi della china sopra le infezioni da terzana benigna, aggiungendo dati d'interesse economico.

È da premettere che gli stessi AA. in un'altra serie di osservazioni, apparse sullo stesso periodico, sostengono il principio che le febbri malariche causate dalle tre differenti forme parassitarie sono in modo differente influenzate dalla chinina, e che questa mentre sarebbe lo specifico për la terzana maligna avrebbe assai minore efficacia sulla terzana benigna; asserzione questa basata sul criterio della recidività e che ha bisogno di ulteriore controllo.

Il complesso degli alcaloidi della China è stato adoperato dagli AA. con una preparazione detta « cinchona febrifuge » e la cui composizione, secondo Mac Gilcrist, è la seguente: Chinina 7.40, Chinidina 22.83, Cinconina 16.58, Cinconidina 5.84, Chinoidina 29.12, Acque e ceneri 16.23.

Per il valore terapeutico gli AA. portano questo dato sperimentale: Due gruppi di ammalati vennero trattati colla *cinchona febrifuge* con 21 grani *pro die* (1 grammo corrisponde a 15 grani).

Un 1° gruppo di 53 fu trattato per 21 giorni (441 grani ciascuno); un 2° gruppo di 57 per 10 giorni (210 grani): seguì un ciclo di cura ferro-arsenicale.

Questi malati diedero nella settimana successiva al trattamento una percentuale di reci-

dive del 50.9 % pel 1° gruppo e del 52.6 % pel 2° ossia una media del 51.7 e cioè una percentuale migliore di quella ottenuta col trattamento proseguito per due mesi colla sola chinina e identica alle percentuali dei curati per 4 mesi, pure colla chinina, secondo le norme di Ross e Thompson.

Dal lato economico gli AA. danno queste cifre:

a) Una libbra di *c. f.* costa 7 rupie (1), mentre una lib. di chinina ne costa 32.

b) Dalla Ch. succirubra per 100 lib. di *c. f.* estratte se ne ottengono solo 7.4 di chinina pura.

c) La cura di ogni soggetto col ciclo terapeutico sopra enunciato verrebbe a costare dalle 3 *annas* (cura per 10 giorni con 210 grani) alle 6 1/2 *annas* (cura per 21 g. per 441 grani) mentre col metodo di Ross per 4 mesi il ciclo curativo costa *rupie* 8.4. Gli AA. che appartengono ad una nazione ricca e che possiede in casa propria estesa coltivazione del divin cortice si preoccupano del lato economico ed osservano come si potrebbero ridurre di molto le zone coltivate, diminuendo così i costosi lavori di drenaggio necessari per la produzione e ottenere d'altra parte un maggior sfruttamento delle materie prime senza turbare i risultati terapeutici.

Queste osservazioni devono essere prese in considerazione dal nostro paese che col recente acquisto a Giava di terreni adatti alla coltivazione della china e coll'impianto di un apposito laboratorio a Torino per la lavorazione diretta della scorza, si avvia ad un'emancipazione dai mercati stranieri, emancipazione che deve ottenere colla più oculata economia e col massimo rendimento. GUIDO BINI.

---

(1) La rupia, moneta delle Indie inglesi, vale Lit. 2.38, calcolando la sterlina a Lit. 25.18; l'annas è la 16ª parte della rupia.

CENNI BIBLIOGRAFICI

KOBLANCK. *Taschenbuch der Frauenheilkunde*. III ediz. — Berlino-Vienna, Urban e Schwanzerberg, 1921.

Chiara esposizione delle linee elementari della ginecologia, con intenti sopratutto pratici, cosicchè è tralasciata la parte microscopica e la parte operativa è ridotta specialmente a dare le norme per le cure mediche e la ginecologia minore.

Non è trascurata la parte funzionale, e qui forse è evidente qualche sproporzione nello sviluppo di alcuni capitoli, come per quello sulle neurosi reflesse nasali.

Non mancano del resto succinti accenni alle malattie dell'apparato urinario e del retto. E chiari sono i dati sui disturbi endocrini nei rapporti con le funzioni genitali. Le figure sono scarse. Dato il tipo del manualetto, manca ogni bibliografia. P. G.

Dott. PERICLE CARLINI. *Maternità e lavoro.* — Genova, Tip. Carlini, 1920.

Buon contributo alla profilassi della maternità contro le malattie del lavoro. Sono studiati in capitoli separati i vari problemi relativi alla donna operaia e alla operaia madre. Trattazione estesa e con personali indagini sul lavoro sia mentale che muscolare nello stato puerperale e sui rapporti fra le varie professioni e la patologia ginecologica.

Per ogni capitolo è data una ricca bibliografia.

La conclusione a cui arriva l'A. è che la donna è la operaia della specie e non deve contemporaneamente essere la operaia della industria. O per lo meno è necessario sorvegliarne il lavoro per proibirlo poi del tutto negli ultimi due mesi della gravidanza e nel primo mese di puerperio. P. G.

P. DALCHÉ. *Annexites non infectieuses, maladies de l'ovulation.* — Ed. L'Expansion scientifique française, 1921.

L'A. illustra specialmente i fenomeni congestizi a carico di questo o quel segmento dell'apparato genitale sopratutto nei soggetti neuropatici o artritici, in conseguenza di raffreddamenti, traumi, ecc. Non tutte le osservazioni dell'A. troveranno consenso; ad ogni modo la loro esposizione non è senza interesse. Così anche per il gruppo delle malattie della ovulazione in cui sono comprese la amenorrea accidentale, la dismenorrea, la apoplessia ovarica, l'ematocele catameniale, ecc. P. G.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 25 febbraio 1922.

Presidenza: Prof. GIOVANNI MIRANDA, presidente.

Su di un rabdomioma del rene.

PIANESE prof. GIUSEPPE. — All'autopsia di una bambina di tredici mesi accolta nella prima Clinica medica ed oggetto di due magistrali lezioni dei proff. Cardarelli e Jemma, l'O. ha riscontrato un blastoma dei reni, che ha importanza e per la rarità e per le deduzioni, che dalla costituzione istologica di esso si possono trarre in favore di una delle tante teorie sulla genesi causale dei blastomi.

All'autopsia due grosse masse di tumore retroperitoneali riempivano del tutto la cavità addominale ed erano in connessione intima coi reni, che su di esse apparivano addossati, distesi e fusi come a formare il guscio sul margine loro postero-esterno. La massa di destra pesava 1560 gr. e misurava in altezza 16 cm., in larghezza 18 cm. ed in spessezza 8 ½; e quella di sinistra pesava 780 gr. e misurava rispettivamente 16, 10 e 5 ½ cm. La superficie esterna delle due masse era pianeggiante, soltanto qua e là si riscontravano dei solchi poco profondi a circoscrivere grossi noduli. La consistenza era dappertutto dura, come quella dei fibromi e dei miomi fibrosi. Su di un taglio condotto dal margine esterno, sul quale era addossato il rene, all'interno la massa del blastoma appariva costituita da fascicoli orientati così come nei leiomiomi girati o plessiformi, era asciutta, pressochè anemica, di colorito grigio-biancastro con sole qua e là piccole zone di colorito rossastro o giallo-rossastro. Macroscopicamente focolai di processi regressivi non erano manifesti. Sembrava, e le indagini microscopiche hanno poi dimostrato, che il blastoma fosse insorto nel seno renale e, sviluppandosi tumultuariamente, avesse compresso la pelvi, la sostanza midollare e la corticale, assottigliandole e costringendole a spandersi su di esso, e solo in parte si fosse infiltrato nel parenchima renale.

Le indagini microscopiche hanno dimostrato che il parenchima del blastoma è formato da fibre muscolari striate, mature, riunite in fascetti, senza alcun speciale orientamento, circondati da fibrille riunite in fasci o intrecciantisi a formare un reticolo a maglie strette, e lo stroma è fatto da scarsissimo connettivo, poverissimo di vasi sanguiferi. Ma qua e là, nel parenchima si riscontrano delle isole di un tessuto che per la morfologia delle cellule, per il loro aggruppamento, e più ancora perchè in mezzo ad esse si differenziano dei tubuli ad epitelio cubico, l'O. interpreta come isole della massa cellulare intermediaria di Balfour, restata indifferenziata.

Nei due reni poi, oltre a lesioni comuni (iperemia, emorragie, isole di poliblasti, necrosi, glomerulite essudativa, ecc.), si riscontrano in qualche punto e verso il seno renale delle cellule muscolari a striatura longitudinale e a nucleo bastonciniforme, e nella sostanza midollare dei tubuli collettori ipertrofici e iperplastici, così da mentire le produzioni adenomatose, e nella sostanza corticale dei glomeruli rudimentali a capsula di Bowmann con epitelio cubico.

Pare all'O. che dall'esame macroscopico e microscopico si possa conchiudere che il blastoma è un rabdomioma puro, congenito, nato per un difetto dello sviluppo embrionario, per il quale germi della piastra muscolare dei segmenti primordiali sono restati inclusi nella massa cellulare intermediaria della lamina laterale, o se si vuole, germi del miotomo nel nefrotomo, e parte del blastema renale non è stato impiegato alla costituzione della parte secretiva del rene definitivo; e perciò le isole di blastema renale nel corpo del rabdomioma e dei reni e la iperplasia e la ipertrofia di alcuni dei tubuli secretori, che, nati dall'uretere primitivo, non hanno trovati tubuli secretivi con i quali innestarsi, essendo questi, per la non completa differenziazione del blastema renale, in numero minore del normale e perciò minore del numero, del tutto normale, dei tubuli escretori.

La tubercolosi laringea nei riguardi sociali.

GRADENIGO prof. GIUSEPPE. — Premessa la grande frequenza della localizzazione nella laringe della tubercolosi, sia primitiva, sia secondaria alle lesioni polmonari, ricordata la straordinaria gravità di tale affezione, richiama l'attenzione dei Soci sulla inadeguata considerazione che alle lesioni laringee si concede nella lotta sociale contro la tubercolosi. Uno su cinque colpiti da t. polmonare presenta lesioni laringee; queste imprimono in ogni caso una straordinaria gravità all'andamento della t. polmonare e nelle donne gravide sono quasi sempre causa di morte. L'affezione laringea, specie nei primi periodi, può non rivelarsi con sintomi caratteristici, sicchè solo l'esame laringoscopico permette la diagnosi. Molti di tali malati sono in grado di continuare la loro attività professionale per qualche tempo e, poichè si tratta di tubercolosi aperta, disseminano i bacilli nelle officine, scuole, luoghi pubblici. Da ciò risulta la enorme importanza che le lesioni specifiche laringee siano diagnosticate precocemente e i portatori siano allontanati dagli ambienti della loro attività professionale. Ricorda come a tale riguardo si sia intensificata la lotta antitubercolare in Germania e si augura che anche in Italia siano prese le necessarie provvidenze.

La laringoscopia in sospensione alla Killian.

TANTURRI prof. DOMENICO. — L'O., che è un convinto sostenitore della laringoscopia indiretta con lo specchietto laringeo, per la pratica giornaliera, dopo avere personalmente visto l'uso della laringoscopia in sospensione dal defunto Killian, ritiene che solo in casi speciali e per uso dimo-

strativo e didattico il metodo diretto rende servizi inapprezzabili. La Chirurgia endolaringea dell'angolo di commessura delle corde vocali, della regione ipoglottica è un fatto compiuto per mezzo della laringoscopia in sospensione.

La berberina nelle splenomegalie da malaria - Sua importanza terapeutica, diagnostica e prognostica sulla riducibilità del tumore splenico.

LOMBARDI prof. ANTONIO. — Illustra l'azione della berberina, che ritiene utile nella splenomegalia, e priva di qualsiasi inconveniente.

A. CHISTONI.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche in Milano.

Seduta straordinaria del 17 febbraio.

Presidenza: Prof. B. ROSSI, presidente.

Il raddrizzamento forzato della scoliosi.

R. GALEAZZI. — Dopo avere dimostrato la razionalità del raddrizzamento forzato delle scoliosi in tutti quei casi gravi e rigidi, in cui la terapia a base funzionale si è dimostrata insufficiente, l'O. riassume brevemente la storia di questo metodo di trattamento, mettendo in evidenza i principii teorici su cui si fonda il metodo moderno di Abbott.

L'O. dimostra che questo metodo riposa su basi fisiologiche e meccaniche assai razionali, ma che la sua tecnica di applicazione è assai difettosa ed imperfetta, il che giustifica gli studii da lui rivolti a modificarla radicalmente.

Illustra quindi i concetti teorici a cui si è ispirato nel creare la sua tecnica e nel costruire l'apparecchio di raddrizzamento che presenta ai colleghi.

Il suo procedimento offre sulla tecnica di Abbott i seguenti vantaggi: 1° possibilità di seguire in ogni momento il processo di correzione; 2° di dosare il grado di cifosi e spostare i centri di delateralizzazione e di detorsione della colonna secondo la sede della scoliosi; 3° d'immobilizzare più brevemente i segmenti non scoliotici della colonna e localizzare l'azione correttiva a quella deforme; 4° di curare le scoliosi a curve multiple; 5° di individualizzare il trattamento nelle varie forme di scoliosi.

L'O. presenta infine numerose fotografie e radiografie di casi di scoliosi trattati col suo metodo personale, prima e dopo il trattamento, tutti casi gravissimi, in cui ha ottenuto risultati quali con nessun altro metodo curativo sarebbe possibile realizzare.

C. VALLARDI.

Società Sassarese delle Scienze mediche e naturali.

Seduta del 1° aprile 1922.

Nuovo contributo sull'infezione erpetica sperimentale.

A. GAVIATI. — Comunica che essendo venuto in un precedente lavoro alle conclusioni che il *virus* dell'erpete febbrile nel coniglio non solo si può manifestare colla cheratocongiuntivite, ma con rinite, e che detto *virus* arriva con ogni probabilità ai centri nervosi seguendo le vie di conduzione nervosa che partono dall'occhio e dalla mucosa nasale, ha ripreso in particolar modo in esame le vie di penetrazione del *virus* erpetico.

L'O., inoculando liquido di vescicola erpetica o secreto di cheratocongiuntivite della stessa natura nelle mucose nasali, nasolacrimale e congiuntivale del coniglio, ha potuto riprodurre sempre il quadro morboso dell'infezione erpetica generalizzata, avendo inoltre la riprova che detta infezione ottenuta per scarificazione corneale si estende diffondendosi dapprima alla congiuntiva e per il dotto nasolacrimale alla mucosa nasale per poi generalizzarsi.

Il prof. ROSSI fa rilevare l'importanza dei reperti del collega, ricordando le esperienze di Levaditi, il quale, sulla base dei suoi esperimenti di immunizzazione crociata, e dei suoi reperti anatomopatologici, ritiene che il *virus* erpetico e quello della encefalite detta letargica siano uguali.

Perciò sarebbe desiderabile di conoscere in dettaglio quale sia il quadro anatomopatologico della encefalite da *virus* erpetico e se questo quadro presenti delle caratteristiche che permettano di differenziarlo da quello di altre encefaliti a decorso non acutissimo.

Circa il ripristino funzionale di moto che si può ottenere con innesti seriati delle radici nervose spinali.

G. SERRA e A. FERRARO. — Gli OO. hanno eseguito, su 16 cani, il seguente intervento sulle radici nervose spinali: innesto del capo periferico di VII radice lombare precedentemente recisa, sulla faccia laterale di VI radice lombare; innesto poi del capo periferico di questa sulla faccia laterale di V radice.

All'innesto seriato gli OO. aggiungevano il taglio del midollo fra origine apparente di V ed origine apparente di VI radice lombare.

Il *deficit* motorio succeduto all'intervento radicolare, gradatamente scompariva, e nello spazio di circa tre mesi si stabiliva un ripristino notevolissimo della funzione.

Per stabilire il rapporto esistente fra il ripristino funzionale suddetto ed il processo di innervazione della VI e VII lombare per parte del capo centrale della V, gli OO. hanno istituito nei loro casi il controllo fisiologico, ottenendo in nove animali reperto positivo alla eccitazione faradica dei

capi periferici di VI e VII lombare (microscopicamente in 10 casi rilevarono la presenza di fibre nervose provenienti dalla V ed incanalatesi e lungo la VI e lungo la VII radice lombare di moto). Da ciò la dimostrazione che un solo campo di cellule radicolari è in grado di provvedere alla innervazione di ben tre campi radicolari periferici.

L'eventuale obbiezione di una supplenza funzionale dovuta ad anastomosi provenienti dal plesso sacrale cade di per sè, causa il taglio midollare. Questo taglio, causa i fatti di diaschisi che risveglia nel campo delle cellule radicolari della V lombare, avvicina le condizioni sperimentali degli OO. alle reali condizioni che succedono nelle lesioni midollari trasverse, casi nei quali il procedimento tecnico ed il suo principio fisiologico, possono trovare ampia applicazione.

Il prof. ROSSI fa rilevare l'importanza dei risultati ottenuti dai due ricercatori. Il lavoro del Serra porta un contributo notevole ed incoraggiante alla chirurgia radicolare, la quale potrebbe avere un valore pratico non indifferente anche in casi di lesione del midollo. Lo studio del Ferraro, dimostrando la possibilità di far reinnervare molti campi radicolari da una sola radice, risolve insieme un problema pratico ed un problema biologico di grande interesse.

Il II Congresso Nazionale d'Igiene scolastica.
(Genova, 8-10 aprile).

Ai numerosi congressisti, fra cui ricordiamo Pagliani, Di Vestea, Canalis, E. Levi, Cacace, Orta, Palomba, Albertini, diede il benvenuto il prof. Ragazzi, organizzatore ed anima del Congresso, auspicando che insegnante e medico scolastico si uniscano concordi, per la costruzione ed il perfezionamento dell'edificio per lo studio e l'incremento dell'Igiene nella Scuola. I proff. Ramoino e Fioravanti, l'on. Bussi hanno portata l'adesione del Comune di Genova e del Gruppo medico parlamentare.

Fra le diverse relazioni citiamo le seguenti:

GRAZIANI (Padova). — *L'assicurazione obbligatoria contro le malattie e le opere di prevenzione e di assistenza alla fanciullezza.* — Queste opere sono ora in Italia insufficienti e dovute ad iniziative private, ricche soltanto di fede. D'altra parte il Comune, che è il maggiore interessato, è talmente oberato da richiedere un profondo cambiamento nella assistenza sanitaria. Nel progetto di legge che si sta elaborando sull'assicurazione contro la malattia si pensa alla protezione della maternità e dei lattanti, ma si tace sul resto; è invece necessario che le misure protettive si estendano dalla nascita all'adolescenza.

E. LEVI. — *L'evoluzione dell'insegnamento medico in rapporto con la propaganda igienica.* — Nelle Cliniche si deve accentuare il carattere sociale dell'insegnamento professionale, con intenti razionali e pratici. I medici scolastici vanno edotti nelle malattie di carattere sociale e debbono avere una preparazione ampia e sufficiente. Importantissima è poi la questione dell'Igiene sessuale, a cui si connette quella della lotta contro le malattie sessuali, insegnamento che nelle scuole dovrebbe essere impartito dal medico scolastico.

ALBERTINI (Milano). — *Educazione ed assistenza pedagogica dei fanciulli anormali psichici.* — Fa rilevare i vantaggi ottenuti con le poche scuole autonome per anormali psichici, facendo voti che: *a*) si riconosca il diritto dell'anormale all'assistenza medico-pedagogica elevando per esso l'obbligo scolastico almeno ai 15 anni; *b*) si renda obbligatoria la selezione dei veri anormali, l'istruzione in classi differenziali dei falsi anormali, l'istituzione di scuole autonome, proteggendo poi gli anormali fino all'età adulta. Speciali internati dovrebbero poi raccogliere quelli mancanti di assistenza famigliare per avviarli al lavoro, specialmente agricolo.

RAGAZZI (Genova). — *Organizzazione ed intensificazione della ispezione medico-scolastica in Italia.* — Svolge l'argomento con la speciale competenza che gli è riconosciuta proponendo le conclusioni sotto forma di regolamento. Vivace ed elevata la discussione a cui presero parte Carenzi, Di Vestea, Graziani.

Sul «*Nervosismo e malattie nervose degli scolari*» tenne una dotta e brillante conferenza il prof. MORSELLI, suscitando l'entusiasmo dei congressisti.

Altre comunicazioni sono state fatte da E. Cacace (La propaganda antimalarica nelle Scuole), Vidoni (La posizione del medico scolastico nel progetto preliminare del Codice penale italiano), Saggioro (L'esame radiologico di scolari linfatici).

I Congressisti hanno avuto campo di visitare le principali istituzioni scolastiche di Genova, plaudendo unanimi al modo mirabile con cui Genova provvede all'Istruzione ed all'Igiene nelle Scuole.

Sede del prossimo Congresso è stata ploclamata Venezia. *fil.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E DIAGNOSTICA.

Patogenesi e sintomatologia della pleurite purulenta interlobare nei bambini.

Può essere un processo primario o secondario: spesso però quella che si crede forma idiopatica è preceduta da una lesione polmonare passata inosservata. La forma secondaria è consecutiva a processi polmonari od infezioni locali o generali: la pneumonite è la causa più comune, mentre la broncopneumonite provoca di preferenza pleurite generalizzata; la raccolta pneumococcica si inizia rapidamente in causa delle pseudomembrane che si depositano sui setti interlobari, isolandoli dalla cavità pleurica generale e favorendo quindi lo sviluppo del pneumococco.

La sintomatologia è varia: spesso il processo è latente e si rivela poi con l'espettorazione purulenta. In altri casi, dopo la pneumonite, il dolore toracico e le cattive condizioni generali richiamano l'attenzione del medico sui polmoni. Talvolta l'inizio è subitaneo con brivido e temperatura sui 39°.5, dispnea, dolore toracico, tosse secca. Sul principio i fenomeni polmonari nascondono la lesione: diminuzione di risonanza, rantoli umidi e sonori indicano il processo polmonare, e solo pochi sfregamenti quello pleurico. Quando la raccolta è aumentata, si hanno i caratteristici segni, però attenuati, perchè il liquido è separato da uno strato di parenchima polmonare; il murmure vescicolare è diminuito e si può avere silenzio respiratorio; nelle raccolte di sinistra, lo spazio di Traube rimane sonoro, ed il cuore è spinto verso destra sebbene raramente il liquido raggiunga i 200 cmc.

Si può avere emottisi talvolta grave, precedente o seguente la formazione della cavità; in quest'ultimo caso, trattasi di un processo ulcerativo delle pareti. Due o più settimane dopo l'inizio si ha l'espettorato purulento, che è eccezionale nella pleurite ordinaria.

L'odore fetido del fiato e dello sputo indicano la formazione di un seno pleuropolmonare; dopo abbondante espettorazione, si modificano i segni fisici comparendo quelli cavitari. L'elevazione della temperatura, brividi e sudori indicano prossima la formazione della cavità; in seguito tutti i sintomi gradatamente migliorano.

La cavità è la reazione di difesa dell'organismo, e lo porta alla guarigione; se essa però non si svuota completamente, il paziente va soggetto ad infezione generale e va trattato chirurgicamente.

(*Medical Record*, 24 sett. 1921). *fil.*

Su alcuni sintomi per la diagnosi dell'adenopatia tracheo-bronchiale.

L'adenopatia tracheo-bronchiale dà origine a sintomi lontani ed a sintomi locali: tra i primi ricordiamo le dilatazioni venose e la stasi unilaterale, più di rado l'anisocoria, la paralisi del ricorrente, il polso paradosso unilaterale. Sono però tutti sintomi che possono riscontrarsi anche in altre affezioni: importante è anche il *cornage* espiratorio.

Hanno maggior valore i reperti palpatori, ascoltatori percussori, radioscopici della regione tracheo-bronchiale che ci possono rivelare la spinalgia descritta da Petruschky fra la 2ª e 7ª vertebra dorsale, ovvero un respiro tracheale sonoro della 1ª alla 4ª vertebra dorsale, o, talora, un indebolimento del murmure vescicolare, ecc.

Reh (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1921, n. 26) dà, con gli altri, molto valore al segno descritto da D'Espine e consistente nell'ascoltazione della voce a livello della regione gangliare posteriore, cioè della 7ª vertebra cervicale e delle prime dorsali: esso sarebbe dovuto alla trasmissione delle onde sonore attraverso i pacchetti ghiadolari interposti fra trachea e colonna vertebrale. Per Engel è necessario ammettere la possibilità della produzione del segno per un ravvicinamento della trachea alla colonna vertebrale.

Normalmente il timbro bronchiale, all'ascoltazione sulla colonna vertebrale, cessa, nel bambino, all'altezza della 7ª vertebra cervicale; più tardi, variando col progredire dell'età i rapporti fra trachea e colonna vertebrale, esso è percepibile più in basso e cioè dai 7 agli 8 anni, fino alla prima dorsale, dagli 8 ai 12 alla 2ª dorsale, dai 15 in poi alla terza dorsale. In generale può ritenersi che nell'adulto la broncofonia ascoltata dalla 4ª vertebra dorsale in giù deve essere considerata come patologica.

Tale sintoma è precoce e costante: s'intende però che non è patognomonico e può riscontrarsi nei linfomi, nei neoplasmi delle ghiandole tracheo-bronchiali, e nelle adenopatie semplici nei bambini; nell'adulto è stato osservato in svariate affezioni del mediastino.

MONTELEONE.

TERAPIA.

La pratica delle lavature uretro-vescicali nella blenorragia.

In primo tempo, occorre la disinfezione di tutti gli oggetti: vaso da enteroclisma gomma, cannula, siringa; quest'ultima si userà solo quando si abbia grande pratica. Si procederà poi alla preparazione della soluzione da iniettarsi; per il permanganato di potassio, è preferibile servizi di una soluzione concentrata a 1 %, anzichè ricorrere alla soluzione estemporanea, per la quale vi è il pericolo che piccoli cristalli non disciolti esercitino un'azione caustica.

Disinfettati gli organi genitali del paziente, preparate le mani come per un'operazione, si fa orinare l'individuo, e lo si prepara per la lavatura, seduto, o meglio sdraiato. Si prende la verga fra il medio e l'anulare, mentre l'indice ed il pollice allontanano le labbra del meato e si lava la faccia interna di questo col getto, prima di introdurre la cannula. Il vaso con la soluzione si colloca a 30-35 cm. di altezza, curando di non otturare del tutto l'orificio del meato, affinchè il liquido possa scolare dopo aver lavato la sola uretra anteriore: si fa così passare 1/2 litro di soluzione.

Poi si eleva il vaso ad un metro: mentre per l'uretra anteriore è indifferente se la temperatura del liquido sia calda o fredda, per la lavatura vescicale è necessario che sia calda, perchè in tal modo lo sfintere si lascia più facilmente forzare. Si applica fortemente la cannula contro il meato, in modo che non vi sia riflusso di liquido: questo penetra nella vscica: dopo qualche istante il paziente accusa bisogno d'urinare, che si fa imperioso. Lo si lascia urinare e si ripete l'iniezione, facendo passare ancora litri 1/2-3/4; è inutile fare lavature più abbondanti, ma preferibile ripeterle (2 volte al giorno).

Talvolta lo sfintere si contrae ed il liquido non passa: in tal caso, basta insistere, senza aumentare la pressione, per veder cessare rapidamente lo spasmo.

La lavatura fatta in tal modo non è dolorosa, a meno che non si usi una concentrazione eccessiva, che d'altra parte è inutile poichè il permanganato non uccide il gonococco, ma solamente impregna i tessuuti e le ghiangole dell'uretra, la quale secerne, sotto la sua influenza, del muco che crea un mezzo di coltura sfavorevole al gonococco. Vi è una dose utile del permanganato, dose che si riconosce dal fatto che, dopo l'iniezione, il malato trova sul cotone una specie di mucillagine biancastra.

Praticamente si comincia con 0,05 ‰: la dose utile è compresa fra 0,05 e 0,15 ‰.

(*Le Scalpel*, 7 gennaio 1922). *r. s.*

Cura della nefrite acuta nei bambini.

Comune nella seconda infanzia, ha di solito la sua porta d'entrata nel retrobocca (tessuto adenoide del cavo, emigdale) e guarisce rapidamente quando è trattata a dovere. La prognosi della nefrite consecutiva alla difterite o scarlattina è più grave che quella delle malattie primitive. Il bambino starà in letto non meno di quindici, poichè l'influenza della stazione eretta e del cammino è perniciosa. Durante lo stesso periodo, J. Comby (*Presse médicale*, 31 dic. 1921) consiglia il regime latteo assoluto; una tazza di latte puro, o con aggiunta di acqua o di un po' di caffè, ogni 2-3 ore: in caso di intolleranza, sostituirlo con acqua, infusi o decotti.

Se vi è tendenza alla costipazione, somministrare un clistere purgativo (follicoli di senna e solfato di sodio ana gr. 10, acqua bollente gr. 300), oppure dare un drastico (tintura di gialappa composta, sciroppo di nerpruno ana gr. 10; da prendere in una tazza di tiglio o di thè leggero: 1 gr. di tintura per ogni anno di età).

Ventose secche sul dorso, sei ventose scarificate alla regione lombare (tre da ogni lato della colonna vertebrale), frizioni mattino e sera su tutto il corpo con un guanto di crine, eventualmente anche bagni a 38° per 15-20 minuti. Per combattere la congestione renale, dare due volte al giorno, prima dei pasti una pillola di acido gallico (cg. 10) con eccipiente alla glicerina q. b.

Nelle forme cloruremiche con anasarca, prescrivere il regime declorurato (acqua o thè zuccherato, marmellate, pane senza sale, ecc., in generale però il regime latteo è sufficiente.

Rapidamente le enormi quantità di albumina ((talora 10-15 0/00 diminuiscono, rimanendovi anche solo delle tracce; questa albuminuria residua è talvolta tenace, intermittente, ortostatica. Per questa, l'A. consiglia una cura di acque di Saint-Nectaire. [Tali acque appartengono al tipo delle clorurate sodiche, bicarbonate, contenendo per litro gr. 1.85 di bicarbonato di sodio e gr. 2.77 di cloruro di sodio, e gr. 1.05 di acido carbonico libero. *N. d. R.*].

fil.

Il trattamento della migrazione incompleta del testicolo.

L'arresto nella migrazione testicolare è dovuto ad insufficienza di ormoni genitali; la terapia dell'avvenire consisterà nel fornire all'individuo la sostanza necessaria. Per quanto riguarda l'intervento chirurgico, C. A. Pannet (*Lancet* 1921 n. 5112) osserva quanto segue. Allorchè il testicolo ha oltrepassato il canale inguinale, è possibile fissarlo nello scroto senza nuocere al suo futuro sviluppo. Invece l'abbassamento forzato di un testicolo, tuttora arrestato nel canale inguinale, avrebbe come risultato l'atrofia dell'organo, sia per la secrezione esterna che per l'interna. In tal caso è invece consigliabile la riposizione addominale, la quale, pure abolendo la funzione spermatica, fatto su cui non si ha più dubbio, conserva la secrezione interna. La perdita della funzione spermatica è attribuita dall'A. non già a lesioni dei vasi durante l'intervento, ma a mancanza dell'azione contrattile del cremastere, che è indispensabile all'escrezione spermatica.

L'operazione non va tentata prima degli 8-12 anni, poichè la discesa può essere tardiva: se per tale età essa non è ancora avvenuta e si ritenga impossibile la fissazione scrotale per le ragioni sopra dette, si farà l'orchidocelioplastia, che è ben preferibile all'ablazione del testicolo. Nei ragazzi di una certa età e negli adulti, la riposizione testicolare può essere extraperitoneale, nei bambini il testicolo dovrà essere fissato nella cavità peritoneale.

La coesistenza di un'ernia non è una ragione per affrettare l'intervento, che potrà essere indicato d'urgenza, in presenza di torsione testicolare.

r. s.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Nuove ricerche sulle cause dell'aborto e del parto prematuro.

Oggi la questione dell'aborto agita le menti dei medici e degli uomini politici, per la frequenza con la quale si osserva.

Il dott. Abernetty ha preso in considerazione 125 casi personalmente osservati (*Medizinische Klinik*, n. 49, 1921) e in 84 casi ha praticato ricerche microscopiche sugli involucri embrionari e sulla placenta.

Il 23,2 % dei casi venivano dalla campagna, il 76,8 % dalla città.

Il 21,6 % erano donne maritate, il 78,4 % nubili.

Nel maggior numero dei casi l'aborto avvenne al 3° mese, poi si hanno quelli al 2°, e infine ultimi per numero sono quelli al 4° mese.

Nell'8 % dei casi un'endometrite deciduale fu la causa dell'aborto.

In alcuni casi la parametrite, un carcinoma della porzio, grave cistite, idramnios, placenta marginata, e placenta previa, nefrite, l'iperemesi, ecc.

In 26 casi l'aborto fu consecutivo a trauma, e spesso hanno agito come tali lavori gravi e faticosi ai quali le donne incinte si sono sottoposte. In questi casi erano dimostrabili forti emorragie della decidua. In 21 caso il crimine fu la causa dell'aborto. Le pratiche abortive più usate furono i bagni caldi e massaggi, le irrigazioni, e l'inizione di liquido nell'utero.

Solo in 5 dei 21 casi di procurato aborto si ebbe febbre. La tubercolosi entra poche volte in questione: la sifilide dà frequentemente aborto e parto prematuro. La influenza e tutte le malattie infettive con alte temperature determinano non raramente aborto. Ben in 35 casi l'A. non potè stabilire la vera causa dell'aborto; e molto probabilmente questi casi vanno computati con quelli del gruppo degli aborti criminali. La statistica molto accurata dell'autore dà le seguenti percentuali:

Traumi	24.8 %
Crimine	16.8 »
Cause imprecisabili	28.0 »
Endometrite	8.0 »
Influenza	4.8 »
Distacco di placenta	4.0 »
Operazioni	0.8 »
Idramnio	0.8 »
Placenta marginata	0.8 »
Iperemesi	0.8 »
Lues	2.4 »
Placenta previa	2.4 »
Traumi fisici	1.6 »
Alterazioni dei vasi linfatici deciduali	0.8 »
Tubercolosi	0.8 »
Assunzione di tenifughi	0.8 »
Bagni caldi	0.8 »
Eresipela	0.8 »

Dott. T. DE SANCTIS.

VARIA

Ringiovanimento ed operazione di Steinach.

Nel 1903 Ancel e Bouin dimostrarono che quei gruppi di cellule disseminati nel parenchima dei testicoli che costituiscono la così detta glandola interstiziale, hanno una dignità morfologica e funzionale tutta propria.

È a questi gruppi di cellule che appartiene la funzione endocrina dei testicoli. La loro secrezione fa sviluppare e mantiene i caratteri sessuali secondari e determina l'appetito e la forza amorosa.

Nei testicoli adunque vi sono due funzioni: una seminifera, l'altra endocrina: l'una indipendente dall'altra.

Ciò spiega perchè negli individui nei quali per una ragione qualsiasi la produzione degli spermatozoi non sia comparsa, o sia cessata, i caratteri secondari sessuali morfologici e funzionali possano ancora mantenersi.

Gli animali con criptochidismo, con stenosi delle vie escretrici dello sperma, o che hanno subito la resezione dei canali deferenti o l'epididimectomia, operazioni che atrofizzano il tessuto seminifero e lasciano intatto quello interstiziale, conservano il loro ardore genitale e gli attributi esteriori della virilità, pure essendo infecondi.

Steinach ha confermato le vedute di Ancel e Bouin e le ha completate attribuendo una importanza considerevole alla glandola interstiziale che costituisce la condizione indispensabile per la comparsa dei caratteri sessuali ed alla quale ha dato il nome di glandola della pubertà. Le manifestazioni della vita sessuale sono governate da questa glandola della pubertà, maschio o femmina.

Lo stesso autore ha tentato di risvegliare l'attività della glandola stessa prima della sua involuzione senile. E per ottenere tale scopo ha impiegato i raggi X, alcune sostanze chimiche e la legatura dei canali deferenti.

Quest'ultimo metodo gli è riuscito il più efficace ed il meno pericoloso.

La legatura e poi la sezione dei canali deferenti determina la necrosi del tessuto spermagenetico e la ipertrofia di quello interstiziale.

L'operazione praticata in vecchi ratti avrebbe avuto sorprendenti risultati. Gli animali ripresero la loro sveltezza, ridivennero aggressivi, si riaccoppiarono con le femmine. Contemporaneamente il corpo degli animali riacquistava i caratteri giovanili: i peli ricomparvero là dove erano caduti, la nutrizione generale migliorò, i muscoli ripresero il loro tono e la loro forza.

Lichtenstern per consiglio di Steinach ha praticato l'operazione in tre uomini, l'uno di 44 anni con sintomi marcati di senilità precoce, gli altri due rispettivamente di 66 e 71 anni. In tutti e tre si notò un ringiovanimento fisico e psichico. Il vecchio di 71 anni che non aveva più sensazioni sessuali, ridivenne gaio, mentre l'appetito aumentò, la barba ricompariva e si destavano velleità sessuali.

Le esperienze di Steinach sono state controllate da parecchi autori con risultati che non sembrano confermanti.

Anzi alcuni autori, come Godard e Simons, Tiedje, Benda, Sternberg, hanno messo in dubbio ed anche negato la importanza della glandola interstiziale nel determinismo dei caratteri sessuali secondari.

Romeis (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1921, n. 20) non ha osservato nei ratti dopo l'operazione di Steinach il ridestarsi dell'appetito sessuale.

Mendel in un caso di senilità precoce dopo l'operazione di Steinach ha visto manifestarsi gravi disturbi mentali.

Levy, Lenz, Schmidt, Bonhoeffer invece avrebbero avuto risultati favorevoli.

Marinesco ha fatto operare a Bucarest dal chirurgo Topa tre vecchi, due dei quali parkinsoniani ed uno atassico. Nei primi due la malattia non migliorò affatto, e la eccitazione genetica passeggera non aveva nulla che potesse paragonarsi all'ardore giovanile. Nell'atassico il risveglio dell'appetito sessuale non durò che due mesi.

Allo stato dei fatti la quistione è tutt'altro che risoluta. Non conviene farsi sopraffare dall'ottimismo, nè vincere dal pessimismo. Quel che è certo si è che occorrono ancora studi per ben fissare la funzione della glandola interstiziale e non giungere a conclusioni precipitate per quanto seducenti prima che i dubbi e le incertezze, che purtroppo ancora si addensano, siano eliminati.

Certo le obbiezioni che si fanno alla possibilità di ringiovanimento sono serie. Nei casi favorevoli, che del resto sono sempre transitori, conviene tener conto negli uomini della suggestione, e negli uomini e negli animali della possibilità che l'operazione di Steinach faccia versare in circolo detriti testicolari che agiscono sullo stato generale a mo' di stimolante, la cui azione cessa con l'esaurimento e l'eliminazione delle sostanze stesse.

Certo il ringiovanimento artificiale urta contro la legge indefettibile della irreversibilità dei fenomeni biologici.

La vecchiaia è un fenomeno fisiologico, come è fisiologica la morte, e contro questi fatti naturali e fatali ogni artificio è presumibilmente impotente.

dr.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il Congresso dei Medici liberi esercenti.

Nella sala dell'Ordine dei Medici di Roma si è riunito, nei giorni 23 e 24 aprile u. s., il III Congresso dei medici liberi professionisti.

Ha presieduto il prof. Filè Bonazzola. I congressisti sono stati numerosi e molte notabilità del campo medico scientifico e professionale hanno portato o inviato la loro adesione.

Furono discusse ampiamente e serenamente molte quistioni ed approvati varî ordini del giorno, dei quali diamo i più importanti.

Sulla quistione dell'assicurazione obbligatoria contro la malattie fu votato il seguente ordine del giorno:

« Il III Congresso della Federazione Nazionale dei Medici liberi professionisti, considerate tutte le discussioni finora svoltesi in merito ad un probabile disegno di legge sull'Assicurazione obbligatoria contro le malattie;

« afferma la sua decisa volontà di non riconoscere alcun progetto di legge che possa modificare l'attuale ordinamento sanitario senza che alla preparazione del progetto stesso collabori una equa rappresentanza dei medici liberi professionisti eletta in seno alla propria organizzazione; e dà mandato alla Presidenza di sostenere in ogni sede quanto col presente deliberato il Congresso ha stabilito, disponendo di tutti i mezzi che esso riterrà all'uopo opportuni ».

Su l'ammissibilità come principio di massima che i Consigli degli Ordini possano nominare Commissioni estranee al Consiglio, nei riguardi di ordinaria amministrazione:

« Il III Congresso della Federazione dei Medici liberi professionisti, udita la relazione del dottor A. Villa se sia ammissibile come principio di massima che i Consigli degli Ordini possano nominare Commissioni permanenti all'infuori del Consiglio per affari di ordinaria amministrazione;

« affermando che tali Commissioni non possono assumere attribuzioni che la Legge tassativamente affida al Consiglio stesso;

« tenuto presente l'illegalità e il danno che in caso contrario ne deriverebbe alla Classe, e specialmente ai liberi professionisti;

« dà mandato alla Presidenza perchè questo ordine del giorno venga comunicato al Congresso degli Ordini ».

Su i rapporti fra medici-chirurghi liberi professionisti e le altre categorie:

« Il Congresso fa voti perchè cessino le diffidenze e gli attriti fra le diverse categorie della Classe medica, affinchè da una concorde, leale e cordiale collaborazione si possa raggiungere la meta delle aspirazioni, assicurando alla Classe quel benessere materiale e quella considerazione morale alla quale le danno diritto la natura e la difficoltà degli studi, la delicatezza e l'importanza delle funzioni ed i sacrifici che l'esercizio professionale impone e che le genti e le leggi dei medici esigono; e dà mandato alla Presidenza federale di comunicare quest'Ordine del giorno alle altre Associazioni mediche ».

Su i rapporti con ambulatorî, cliniche ed ospedali:

« Il III Congresso, richiamandosi al voto del II Congresso, costatando che gli ambulatorî delle Cliniche e degli Ospedali, con le tariffe adottate determinano una svalutazione dell'opera professionale, con lesione degli interessi degli infermi poveri, e con indecoroso sfruttamento dell'opera medica a favore degli abbienti;

« considerando che Ospedali e Opere pie colla accettazione di ammalati abbienti provocano una dispersione di pubblico bene, a tutto danno dei poveri;

« fa voti che la solidarietà dei colleghi di Cliniche e Ospedali riporti con elevamento di dignità professionale, le Cliniche all'insegnamento, gli Ospedali alla beneficenza: e nei casi in cui per consuetudine o necessità locali debbano venire accolti e ambulatoriamente curati gli abbienti, le disposizioni di compenso siano regolate in modo da tutelare il patrimonio dei poveri, evitando lo sfruttamento dei medici da parte delle Amministrazioni, ed a sua volta da impedire la concorrenza da parte dei medici clinici ed ospedalieri a danno dei liberi professionisti ».

Su i rapporti con gli Ordini dei medici:

« Il III Congresso, udita la relazione del dottor Villa, fa voti che le Sezioni federali facciano opera perchè nei Consigli degli Ordini siano proporzionalmente rappresentate le diverse categorie di medici con membri designati dalle assemblee delle diverse categorie ».

Per un istituto di previdenza a favore dei Medici liberi esercenti:

« Il Congresso, approvando l'iniziativa delle Sezioni di Firenze, Livorno e Milano per le previdenze di pensione pei medici liberi professionisti, delibera di dar mandato alle Sezioni di Napoli, Roma, Livorno e Milano di costituire un Comitato di studio della questione, perchè prepari al più presto delle relazioni da trasmettersi alla Direzione del *Bollettino Ufficiale*, che ha dichiarato di assumersi l'opera di coordinazione e propaganda, affinchè la questione stessa possa essere portata per le conclusioni in breve tempo alla Federazione »

Su le consultazioni mediche a mezzo di giornali politici:

« Il Congresso, constatando che al deplorevole abuso dell'esercizio della medicina, che si compie impunemente da ciarlatani di ogni sorta, con veri ambulatori per consultazioni, evitando i pericoli di ricettazione, e favorendo il commercio delle in-

numerevoli specialità, si aggiunge ora il sistema instaurato da alcuni giornali politici delle cosidette «Tribune di consulenza medica»;

«considerato che ciò è di disdoro e danno per la classe medica, e più spesso di danno e pericolo per le persone che ingenuamente vi ricorrono; mentre protesta contro questa offesa alla legge, alla salute pubblica e al decoro professionale; delibera:

«1° che vengano emanate chiare e tassative disposizioni che proibiscano tale sistema di consultazioni, riconoscendolo come esercizio abusivo;

«2° che a norma delle attuali disposizioni vengano puniti coloro che fanno ricette in giornali, senza l'indicazione esatta della persona cui devono servire e senza firma di medico;

«3° che vengano additati ai Consigli degli Ordini pei provvedimenti quei medici che si prestano a tali sistemi di *réclame* personale, fatta in giornali politici;

«4° di rivolgersi alla stampa per combattere tale sistema, illuminando il pubblico sui pericoli verso i quali incorre e sulla immoralità del fatto».

Su l'equa rappresentanza nelle Commissioni giudicatrici nei concorsi medici:

«Il III Congresso, in considerazione dell'importanza che hanno assunto le Commissioni giudicatrici dei concorsi medici e della limitazione della loro autonomia, imposta dagli Ordini medici nel formulare la graduatoria dei concorrenti — restrizione che potrebbe ferire legittimi interessi e portare ad esclusioni ingiustificate o partigiane — fa voti che nella nomina dei membri delle Commissioni entri di diritto un rappresentante dei liberi professionisti e dei medici ospitalieri, la cui scelta sia demandata alle rispettive Associazioni di categoria».

Si votò infine un ordine del giorno per ottenere una rappresentanza della Federazione nel Consiglio del Lavoro Centrale e Provinciale.

Federazione Stomatologica Italiana.

La Sezione Siciliana in un'assemblea tenuta il 23 aprile ha approvato il seguente ordine del giorno:

«La Sezione Siciliana della Federazione Stomatologica Italiana, ritenuto che i pubblici Enti debbano attenersi, per ciò che riguarda la nomina dei Sanitari, alle vigenti disposizioni della legge e dei regolamenti speciali, fra cui anzitutto quello di richiedere la laurea in Medicina e Chirurgia per l'esercizio di qualsiasi branca dell'arte sanitaria;

ritenuto altresì che detti Enti non possono derogare alle buone norme di procedere a qualsiasi nomina senza regolare concorso;

fa voti

perchè d'ora innanzi tali Enti seguano, anche per il servizio di assistenza stomatoiatrica, le vigenti disposizioni della legge sanitaria, richiedendo come titolo indispensabile la laurea in Medicina e Chirurgia e celebrando per le nomine regolari concorsi.

Delibera di far pervenire la presente viva raccomandazione all'Ill.mo Sig. Prefetto della Provincia, anche quale Presidente della Commissione Provinciale di Beneficenza, e di comunicare anche il voto all'on. Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) perchè dia norme e disposizioni tassative atte a regolare questo importante servizio».

I Medici infortunisti.

Il Consiglio della Federazione Italiana Medici infortunisti e cultori delle Assicurazioni sociali ha presentato a S. E. il Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale due memoriali contenenti l'uno brevi notizie sugli organi, sulla vita e sugli scopi della Federazione e l'altro l'espressione del pensiero della maggioranza dei soci in rapporto alla legge sugli infortuni.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9406) *Pensioni di riversibilità.* — Dott. I. N. da M. — La pensione di riversibilità per le vedove dei sanitari è sempre nella stessa misura, non avendo ottenuto alcun aumento. Non si può precisare quando saranno approvate le nuove tabelle di pensioni, le quali apporteranno un sensibile aumento anche a quelle già concesse alle vedove.

(9407) *Servizio interinale - Pensione - Congedo.* — Dott. V. B. da C. — I due anni e mezzo di servizio interinale da Lei prestati non si possono riscattare ai fini della pensione, che viene calcolata solo in base agli anni di servizio effettivo prestato. Essi, però, valgono per fare di tanto abbreviare il periodo utile per chiedere il trattamento di quiescenza. Durante l'interinato, si potrebbe non pagare il contributo. Se, però, si paga, il servizio stesso è valutato come sopra. Per una medesima malattia non si può avere che un solo congedo, anche se si interrompa il periodo con il ritorno per tre o quattro mesi in residenza. È naturale che durante il congedo per infermità, il Comune paghi il medico, che sostituisce.

(9409) *Acquisto della stabilità.* — Dott. G. L. da C. V. — Ella ha già acquistata la stabilità, perchè il periodo di interinato, in conformità di concorde giurisprudenza del Consiglio di Stato, va computato in quello di prova se è seguito, come nel caso, da nomina in base a concorso.

(9411) *Ricchezza mobile.* — Dott. G. T. da R. — Non vi è ragione di colpire i sanitarii dipendenti da Opere Pie con tasso di Ricchezza Mobile più elevato di quello con cui sono colpiti gli impiegati del Municipio. Tanto gli uni quanto gli altri appartengono alla medesima categoria giuridica e, perciò, hanno diritto al medesimo trattamento. Ricorra alla Commissione Mandamentale sostenendo appunto, tale motivo. Dal pronunziato di questa Commissione, si può appellare alla Commissione provinciale.

(9413) *Infortunii.* — Dott. G. D. da M. — La disposizione dello articolo 16 era ben nota. Si dette quel suggerimento in relazione alla tesi soste-

nuta nel quesito proposto, di cui non si possiede più il testo, perchè distrutto.

(9414) *Esercizio della farmacia.* — Dott. L. R. da R. — L'articolo 54 della vigente legge sanitaria vieta *l'esercizio* cumulativo della farmacia con la medicina. Di tal che, rinunziando all'esercizio professionale libero della medicina, può ben esercitare la farmacia. Sarà opportuno rinunziare alla carica di ufficiale sanitario per una certa incompatibilità, sia pure morale che esiste fra l'esercizio delle due funzioni. Per attivare l'esercizio di una farmacia bisogna esporsi a pubblico concorso e pagare la tassa di concessione governativa a norma di legge; il tutto secondo è disposto dagli articoli 1 e segg. della legge 22 maggio 1919, n. 468. Per cessare dall'esercizio medicale, basta farsi cancellare dall'albo dell'Ordine dei medici e farsi inscrivere in quello dei farmacisti.

(9416) *Pensioni - Indennità di trasferta.* — Dottor abbonato 2150. — Non avendo mai nulla preteso per indennità di trasferta nè di essa facendo menzione il capitolato di servizio, non può nulla ripetere ora per i dodici anni trascorsi. Potrà avanzar pretesa per l'avvenire, ma deve prima ottenere analoga modifica del regolamento. A norma dello articolo 53 del Decreto Luogotenenziale del 7 gennaio 1917, n. 295, il tempo passato in aspettativa per motivi di famiglia non è valutato per la pensione.

(9417) *Sessennii.* — Dott. B. C. da O. — I sessennii debbono essere computati sullo intero complessivo stipendio, che riceveva dal Comune senza tener conto della suddistinzione di esso, in rapporto ai varii servizii, cui era adibito. Ricorra al Prefetto contro il visto apposto dal Sottoprefetto, il quale visto, del resto, è illegale perchè avrebbe dovuto essere limitato o condizionato non con semplice attergato apposto sull'atto, ma con formale decreto di sospensione allegando i motivi giuridici del provvedimento.

(9419) *Pagamento degli stipendi.* — Dott. F. B. da P. B. — Come è detto nel volume del comm. *Vigo* a pagina 111, Ella può citare l'esattore per il pagamento degli stipendi arretrati, in base alla sentenza della Corte di Cassazione di Roma del 27 settembre 1915. Ciò sempre quando dal Comune sieno stati emessi i relativi mandati, che se detti mandati mancassero, bisognerebbe interessare la G. P. A. per la relativa emissione di ufficio e presentarli, poscia, all'esattore pel pagamento, come se fossero stati rilasciati dal Comune direttamente.

(9420) *Limite di età nei concorsi.* — Dott. O. D. L. da O. — L'interino può, con qualunque età, prender parte al concorso, giacchè il servizio interinale è equiparato a servizio normale agli effetti dello esonero dal limite di età richiesto nei pubblici concorsi.

(9422) *Indennità vettura.* — Dott. abbonato 3296. — Servendo due condotte, fa un servizio doppio e consuma a doppio i mezzi di trasporto, i quali, pertanto, debbono esserle pagati da tutte e due i Comuni. Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BANNIO (*Novara*). — Tre comuni; ab. 2000; lire 8000 e 4 quinq. decimo fino a 1/15 della popolazione; addizion. L. 6; uff. san. L. 600; alloggio L. 700; trasp. L. 500; disag. resid. L. 1000; doppio c.-v. Scad. 31 maggio.

CARIGNANO (*Torino*). — L. 4000 per 600 pov.; addizion. L. 3; quinquenni decimo. Scad. 31 maggio.

CASTELGOFFREDO (*Mantova*). — 2ª Cond.; al 30 maggio; L. 9000 iniziali per un terzo incirca della popolaz.; ogni centinaio di pov. in più L. 350; c.-v. di legge; mezzo trasp. misto L. 2500; ab. 2541. Condotta buona; capitolato tipo. Informaz. presso Ufficio collocamento Med. Cond. in Mantova (via G. Arrivabene 3), unendo francobollo.

CAZZIMANI (*Milano*). — Ab. 2500 con un terzo circa poveri; L. 7000; quattro quinq. di L. 500; addizion. L. 3 oltre 1000 pov.; cav. L. 2000; doppio c.-v. Scad. 25 maggio.

GRISALBA (*Bergamo*). — Con Cavernago; ab. 3200 di cui 2000 pov. Stipendio e capitolato tipo. Scadenza 31 maggio.

ISSIME (*Torino*). — Consor. di 4 Com.; ab. 5000; L. 4500 oltre L. 900 uff. san.; alloggio e mezzo trasp. L. 1900. Scad. 25 giugno.

MACISANO (*Catanzaro*). — Al 16 giu.; L. 7000 per pov., 1ª indenn. c.-v. e L. 2000 cav. Iscrizione Ordine. Rivolgersi Ammin. Comun.

MELILLI (*Siracusa*). — Per Villasmundo L. 5500, oltre L. 1500 disag. resid. e prima indenn. c.-v. Scad. 31 maggio.

RIVELLO (*Potenza*). — Due cond.; L. 3000 per 300 pov.; addizion. L. 10; c.-v. Scad. 28 maggio.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — 25 assistenti medico-chirurgi. Docum. alla Segret. Gen. non più tardi delle ore 15 del 30 giu. Versamento per tasse di esame della somma di lire 30 non reperibili; ai nominati sarà ritenuta, sul primo stipendio, la somma di altre L. 30. Stip .L. 4500 lorde. Chiedere annunzio.

S. PAOLO DI JESI (*Ancona*). — Ab. 1281 di cui 1247 pov.; L. 8500; doppio c.-v.; cav. L. 2400; uff. san. L. 500; per gli abbienti metà tariffa Ordine. Scadenza 31 maggio.

SOPRAPONTE (*Brescia*). — Con Vallio; ab. 2400; L. 7000 per 1/3 della popolaz.; L. 1000 mezzo trasp.; L. 300 uff. san.; due c.-v. Scad. 31 mag. Vicinanza tram, ferrovia. Capitol. concordato.

Medico-chirurgo, pratico condotta e ospedali, diplomato in Clinica medica generale, Clinica malattie dei bambini, Igiene, Ostetricia e Ginecologia, Medicina del lavoro, cerca interinato remunerativo o servizio ospedali. Offerte al dott. Pietro Cavagni, via Nomentana, 111, int. 15 - Roma.

Cercasi medico-chirurgo interino dal Comune di Montecastrilli (Perugia). Rivolgersi al Sindaco.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: provincia di Perugia (blocco), Monticello (Como), S. Pietro Clarenza-Camporotondo Etneo (Catania), Talomona e Forcola (Sondrio).

Revoca di diffide: Comacchio (Ferrara), Camaio-

re (Lucca), Osio Sopra-Osio Sotto-Mariano al Brembo (Bergamo).

Nuovi boicottaggi: S. Giorgio di Nogaro (Udine) a favore del dott. Gaetano Rossi.

Il boicottaggio di Celano a favore del dott. Carlo De Paulis deve riferirsi non soltanto all'interinato della 3a condotta, ma anche al concorso testè bandito per la 3a condotta stessa.

CONCORSI A PREMIO.

MILANO. *Fondazione «Pier Diego Siccardi».* — È aperto il concorso ad un posto di medico praticante in Medicina del lavoro presso la Clinica delle malattie professionali in Milano. Vi saranno ammessi i giovani laureati in medicina, nelle Università italiane dopo il 1° luglio 1921. Il vincitore del concorso riceverà, a rate, un assegno di L. 1800 per un anno a partire dal 1° novembre 1922. Alla fine dell'anno scolastico il vincitore potrà ottenere anche un premio di speciale profitto (medaglia d'oro). Le domande in carta bollata con certificato di laurea ed eventuali altri documenti o titoli, si rimettano alla Segreteria della R. Università di Pavia o alla Segreteria didattica dei RR. Istituti Clinici in Milano, via Commenda 12, pel 31 luglio p. v.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al prof. Giuseppe Gradenigo, direttore della Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Napoli, è stata conferita la commenda della Corona di Rumania.

Il dott. cav. Nicolò Consolo, medico provinciale di Catania, è insignito della croce di cavaliere nell'Ordine Mauriziano.

Il dott. Giurato Raffaele, da Comiso (Siracusa), già Medico degli Ospedali Riuniti di Napoli, è insignito della croce di cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

Società Medica Italiana degli Stati Uniti d'America.

La Società Medica Italiana si è definitivamente stabilita a New York, n. 47 W., 42a Strada, nel Bryant Park Building, room 317. Alla nuova sede, la quale servirà da sala di riunione per le sedute mensili e da ufficio permanente dell'Associazione, sarà annessa una libreria medica italiana che resterà aperta ai membri in tutte le ore del giorno ed ai medici americani in ore da stabilirsi. Detta libreria possederà tutte le riviste di medicina e di scienze affini che si pubblicano presentemente in Italia, nonchè tutte le opere medico-chirurgiche e biologiche di autori italiani pubblicate dal 1921 in poi. La libreria sarà arricchita a mano a mano di quelle opere di data anteriore che una Commissione appositamente designata giudicherà opportune.

La Società Medica Italiana, inoltre, manterrà un Ufficio di informazione per i medici d'Italia e quelli degli Stati Uniti, i quali desiderino avere notizie circa ospedali, scuole, professori, programmi, pubblicazioni, ecc., dei due paesi. In tal modo la Società Medica Italiana, mentre si adoprerà a diffondere la cultura medica italiana negli Stati Uniti, concorrerà efficacemente a rinsaldare i legami fra la classe medica americana e quella d'Italia, espletando una doppia funzione, patriottica e scientifica.

Come si vede il programma della Società Medica Italiana non è nè politico nè individualistico. Esso sarà strettamente limitato alle attività di interesse generale e di assoluto carattere scientifico e professionale.

Per condurre a termine detto programma occorre la cooperazione di tutti i medici italiani d'America, ai quali rivolgiamo caldo appello di concorrere all'opera di italianità, che la Società Medica Italiana intende svolgere, diventando membri se ancora non lo sono.

Presidente della Società è il dott. Sante Naccarati; segretario ne è il dott. S. Reale.

VI Congresso Pellagrologico Italiano.

È indetto a Venezia nei giorni 29 e 30 maggio, con l'intervento dei rappresentanti dei Ministeri dell'Interno e dell'Agricoltura e delle Deputazioni provinciali delle provincie pellagrogene del Regno. Vi interverranno notabilità anche estere.

Il Congresso verrà inaugurato nella sala del Consiglio Provinciale, alle ore 9 del 29 maggio. Sarà diviso in due sezioni: medica e agrario-sociale.

Congresso francese di Chirurgia.

Il 31° Congresso dell'Associazione Francese di Chirurgia si aprirà a Parigi, presso la Facoltà Medica, il 2 ottobre p. v., sotto la presidenza del prof. Henry Hartmann. Sono inscritti all'ordine del giorno i temi seguenti: 1° Risultati attuali degli innesti ossei, relatori Cunéo (Parigi) e Ronvillois (dell'Esercito); 2° Risultati remoti delle operazioni sui nervi, relatori Leriche (Lione) e Paul Monre (Parigi); 3° Tecnica e risultati dell'estirpazione dei tumori del crasso (eccettuato il retto), relatori Abadie (Orano) e Ockinczyc (Parigi). Per qualsiasi informazione rivolgersi al segretario generale dott. J. Faure, rue de Seine 10 — Parigi.

Congresso inglese di Radiologia e Fisioterapia.

Si terrà a Londra dal 7 al 10 giugno. I temi da svolgere sono: 1) Radium- e Roentgenterapia profonda; 2) Lo stomaco normale; 3) Lo stomaco patologico; 4) Dimostrazioni del pneumoperitoneo.

Congressi per l'infanzia nel Brasile.

Nella ricorrenza del 1° centenario dell'indipendenza del Brasile vengono organizzati a Rio de Janeiro, per il prossimo mese di agosto, il 3° Congresso del bambino e il 1° Congresso brasiliano per la tutela dell'infanzia: in questo sarà relatore il prof. Ernesto Cacace, sulla Nipiologia e gli Istituti Nipiologici.

Convegno per la Previdenza sociale.

Si tiene in questi giorni a Cremona un Convegno per la previdenza sociale; ne daremo più ampia notizia in un prossimo numero.

Corso per gli aspiranti Ufficiali sanitari.

Il 20 maggio si è iniziato, nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Padova, un corso bimestrale di perfezionamento in Igiene per i Laureati in Medicina e Chirurgia, in Chimica pura, in Chimica e Farmacia, in Scienze naturali, in Scienze agrarie, in Veterinaria, e per i Diplomati in Farmacia. Tassa di L. 300; spese accessorie L. 65.80.

Per la costituzione dei Consorzi antitubercolari.

Il presidente del Consiglio, on. Facta, ha diretto una circolare telegrafica ai Prefetti del Regno per sollecitare, ove occorra, la costituzione e l'avviamento dei Consorzi provinciali antitubercolari in applicazione della legge 24 luglio 1919, n. 1382. La circolare, dopo aver richiamato le precedenti 15 marzo 1920 e 22 marzo 1921, aggiunge che è fermo intendimento del Ministero, che si fa eco anche dei voti manifestati in Parlamento, che la procedura per la costituzione dei Consorzi abbia rapido corso onde tale importante organismo, voluto dalla legge per il conseguimento di alte finalità per la difesa sociale contro la grave malattia, debba sollecitamente realizzarsi.

All' Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale.

S. E. l'on. Cingolani, S. Segretario di Stato al Lavoro, accompagnato dal Direttore generale della Previdenza sociale, comm. Calamani, ha visitato il 5 maggio 1922 l'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, ricevuto dal Direttore prof. Ettore Levi e dal personale dell'Istituto.

S. E., che già era al corrente delle finalità dell'Istituto e dei risultati ottenuti da questo nel primo anno di vita, ha molto ammirato la splendida documentazione già raccolta dall'Italia e dall'estero, e si è rallegrato per l'ottima opera di propaganda già svolta con successo.

Nel giornalismo medico.

« La Coltura Medica Moderna », rassegna quindicinale di medicina, chirurgia e scienze affini, si pubblica a Palermo a cura dei dottori Nicola Barbaro, prof. Mario Ciulla e prof. F. Umberto Saffiotti; vanta un comitato direttivo composto da numerosi professori d'Università; pubblica memorie originali, riviste sintetiche, una rassegna sistematica della stampa medica, resoconti di Accademie, di Società e di Congressi, ecc.; un supplemento, in carta rosa, reca articoli d'interessi professionali, corrispondenza, notizie varie, ecc. Gli uffici hanno sede in via Macqueda, 266 - Palermo.

« Endocrinologia e Patologia costituzionale » si pubblica a Roma sotto la direzione dei proff. Giacinto Viola e Nicola Pende, in lussuosi fascicoli, senza periodicità fissa, ma non meno di ogni trimestre. I direttori espongono gl'intendimenti e il programma della rivista, la quale vuol diffondere tra i medici la feconda corrente di risorto e rinnovato ippocratismo con cui l'endocrinologia va sempre più diventando fisiologia e patologia costituzionale. Gli uffici della rivista hanno sede in via Ludovisi, 16 - Roma.

Ai nuovi periodici, che arricchiscono la nostra letteratura medica, i nostri auguri.

***

Col 22 aprile ha cessato le pubblicazioni il « Medical Record » di New York, un giornale medico della vecchia guardia, uno dei pochi giornali medici degli Stati Uniti mantenutisi indipendenti e liberi da influenze commerciali.

Il « Medical Record » è stato venduto all'Amministrazione del « New York Medical Journal » col quale è stato fuso e che uscirà bimensilmente.

Il « Medical Record » può vantare un glorioso passato; tra i periodici medici americani fu spesso il primo a richiamare l'attenzione su tutta una serie d'importanti scoperte e di progressi nel campo medico: il metodo antisettico di Lister, la scoperta del bacillo tubercolare e della tubercolina di Koch, i raggi Roentgen, la sieroterapia della difterite e del tetano, la scoperta del radium, l'impiego della cocaina in chirurgia oculare, ecc., ecc.

In 62 anni di vita il « Medical Record » ha avuto due soli redattori-capi, i dottori George F. Shrady e Thomas L. Stedman, e una sola casa editrice, la William Wood & Co., che ora intende consacrarsi unicamente alla pubblicazione di libri medici.

Commemorazione del dott. Guglielmo Fabbri.

Si è costituita una Commissione per una solenne commemorazione del compianto dott. Guglielmo Fabbri.

Della Commissione, di cui è presidente onorario il prof. Augusto Murri, fanno parte l'on. ing. Bianchi Riccardo, l'on. prof. Sanarelli, il prof. Ascoli Vittorio, l'on. prof. Grassi, il prof. Silvagni, i dottori comm. Baldi, Martirano, Cecchetelli-Ippoliti e Fabi.

Elargizioni e lasciti.

Il prof. comm. avv. G. Chiovenda da Premosello nell'Ossola (Novara), residente a Roma, ha elargito L. 125,000 per un ospedale da erigersi nel suo Comune.

Il dott. Giulio Cozzoli, residente a Chieti, ha versato L. 5000 alla Pubblica Assistenza della nativa Molfetta, perchè sia istituita presso quella Società una fondazione oculistica per i poveri.

Il prof. cav. Paternicò, morto a Palermo, ha legato all'Ospedale di Piazza Armerina la somma di L. 200,000, corrispondente alla metà del suo patrimonio.

Premio Leonard.

L'« American Roentgen Ray Society » ha recentemente istituito un premio intestato al nome del dott. C. Lester Leonard, vittima dei raggi X, per l'opera migliore di ricerche originali nel campo dei raggi Roentgen, del radium e della radiattività. Al premio, di 1000 dollari, possono concorrere tutti gli abitanti dello emisfero occidentale (Americhe ed Australia).

Società Cubana di Gastroenterologia.

Venne costituita il 30 gennaio. Il 13 marzo si procedette alla elezione delle cariche; risultarono i dottori: F. Grande Rossi, presidente; F. Torralbas, vice-presidente; F. Solano Ramos, segretario; Pedro Barillas, vice-segretario. La Società ha sede ad Avana, Calle de Cuba, 84.

Inaugurazione della nuova Clinica chirurgica di Monaco.

Il 27 febbraio fu inaugurata solennemente la nuova sede della Clinica chirurgica di Monaco, diretta da Sauerbruch.

Colonia Marina alla Luigiana.

Il Comitato mandamentale di Pontremoli pubblica la relazione per l'11° anno di funzionamento (1921) della Colonia marina della Luigiana.

Risulta che furono assistiti 41 bambini e bambine, in due spedizioni, con 1261 giornate di presenza; le entrate furono di L. 16,000 circa, le spese di L. 12,000 circa, di modo che sono avanzate più di L. 4000 per il prossimo esercizio.

La Colonia ha assunto funzioni mandamentali; quella di Bagnone ne integra l'azione in tutto il Circondario; l'una e l'altra sono state erette in Ente morale.

Grave provvedimento all'Ospedale di Bergamo.

L'Amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Bergamo ha deciso di sospendere l'accettazione di malati appartenenti ai Comuni di Piazzo Alto, Bezzo, Grone, Costa Imagna, Rotafuori, Carenno, Rossino, Bondione, Piario e Antegnate, che da anni non rifondono le spese di spedalizzazione dei loro amministrati. Alla stessa misura si vedrà costretto il Consiglio anche nei confronti di altri Comuni, che avendo debiti rilevanti verso l'Amministrazione Ospedaliera, non mettono nei rispettivi bilanci le somme necessarie o compiono indebitamente storni ad altre voci prima che le spese di spedalità siano state soddisfatte.

Per l'obbligatorietà delle autopsie.

Rileviamo che la stampa nord-americana appoggia le idee espresse dal dott. Giovanni Perilli e consegnate in uno degli scorsi numeri di questo periodico in merito all'obbligatorietà delle autopsie. Si riconoscono i benefici che deriverebbero dall'attuazione di tale pratica e si lumeggiano i meriti del Perilli, un eroe dell'esercito italiano più volte decorato di guerra, ospite gradito della città di Denver.

Una Mutua fra medici a Catania.

L'Associazione Medica di Catania ha deliberato in un'assemblea generale di costituire una Cassa di previdenza. L'inaugurazione ebbe luogo al Circolo Artistico, ove il prof. Ughetti pronunziò uno smagliante discorso.

Lo Statuto venne tracciato dal prof. Feletti.

Medici denunziati per rifiuto di prestazione.

In seguito a rifiuto di prestazione presso una partoriente, due medici dell'Ospedale di Bari — tra cui il primario ostetrico — sono stati denunziati all'autorità giudiziaria. In una lettera sui giornali locali il primario, prof. Campione, afferma che il loro gesto non volle significare solidarietà con gl'impiegati degli Enti locali, in agitazione, ma deve interpretarsi come una protesta contro le deficienze dell'Ospedale, che manca dei presidî indispensabili ai più facili interventi chirurgici: l'Ospedale dovrà mettersi in grado di compiere la sua opera umana e doverosa.

Per l'assassinio del dott. Grifi.

La Sezione d'accusa presso la Corte d'Appello di Perugia, su conformi conclusioni del Procuratore generale, cav. Fava, estensore il consigliere cav. De Pirro, ha, con sua sentenza del 22 marzo u. s., rinviato a giudizio dinanzi la Corte d'Assise tutti i denunciati quali autori di lesioni e di correità nell'omicidio del compianto dott. Guglielmo Grifi, medico condotto di Passignano. Sono rinviati a giudizio anche il Sindaco, comm. Ciucci e la sua signora quali imputati di tentata corruzione di testimoni e di pubblico ufficiale, delitti commessi per salvare i maggiori indiziati dell'assassinio.

Commemorazione del prof. Mazzoni.

Il Sodalizio dei Piceni in Roma ha solennemente commemorato il compianto prof. Gaetano Mazzoni, che nel suo testamento ha largamente beneficato il Sodalizio stesso e molti Istituti caritatevoli delle Marche e di Roma. Parlarono il presidente del Sodalizio avv. comm. Malpeli, il professor Margarucci che tenne il discorso commemorativo, il comm. D'Oria per il Protettorato di S. Giuseppe, il comm. avv. Di Benedetto per la Congregazione di Carità di Roma, rievocando la figura dell'estinto e mettendone in luce le rare qualità.

Medico vittima dell'altruismo.

Il prof. dott. Eugenio Rotondo, di Napoli, è rimasto schiacciato da un tram perchè perdette l'equilibrio nel salvare un ragazzo che stava per essere investito e schiacciato tra due motrici.

Si è spento a Busalla il dott. LORENZO RIVARA, valoroso professionista, nell'onestà rigido, nell'attività meraviglioso. Ebbe tale culto della professione da elevarla a vero apostolato. Esercitò per più di 30 anni in Busalla, prodigandosi generosamente sopratutto alla classe povera.

Alla Famiglia, e particolarmente al figlio, dottor Anselmo Rivara, il *Policlinico* porge sentite condoglianze. L. G.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Revista Médica del Litoral, ott. — S. LIBARONA BRIAN. Reumatismo acuto misto.

Rivista Ospedaliera, 15-30 nov. — S. MASSIMI. La corrente alternata di alta frequenza nel trattamento delle ferite.

Spitalul, n. 12. — G. MARINESCO e M. GOLDSTEIN. Malattia di Recklinghausen associata a tumore cerebellare. — A. COSĂCESCO. Metodo semplice per apprezzare la circolazione negli arti gangrenati: la stria vasomotoria.

Wiener Archiv für innere Medizin, 15 nov. — J. GAISBÖCK. La nefrite da freddo. — H. KAHLER. L'ipertensione essenziale. — A. EDELMANN e P. SAXL. Insufficienza poliglandolare endo- ed esocrina: nuovo quadro morboso. — H. BETH. La diagnosi differenziale degli stati uremici. — R. SINGER e H. WINTERBERG. La chinina quale mezzo cardiovascolare.

Giornale di Clinica Medica, 20 nov. — F. RAVENNA. Cloroma scolorato.

Acta Derm.-Venereol., nov. — SAMBERGER. Natura della psoriasi.

Giorn. del Med. Prat., nov. — F. GALDI. Le bronchiectasie non tubercolari e la terapia auto-vaccinica.

Annales de Médecine, nov. — C. LAUBRY e E. DOUMER. I disturbi di coagulazione del sangue nell'eritremia. — J. HATIÉGANU. Nuovo processo per l'esame della funzione epatica.

Endocrinology, nov. — G. H. HOXIE. Terapia endocrina nell'ipotensione vascolare. — G. A. HAMMAR. Sulle funzioni del timo.

The Journal of Nervous a. Mental Disease, nov. N. D. C. LEWIS. Sbilancio endocrino e malattie mentali. — J. A. BUCHANAN. Crisi addominali dell'emicrania.

Acta Medica Scandinava, 5 dic. — K. PETRÉN e G. OTTERSTRÖM. Etiologia e patogenesi della sciatica. — H. C. JACOBOEUS. Insufflazione d'aria nel canale spinale per la diagnosi di tumori della spina dorsale. — V. BIE. Prognosi della broncopolmonite.

Riv. Ospedaliera, 15 dic. — B. MASCI. Cura delle nefriti acute con l'alcool a dosi elevate.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 18 dic. — V. TRAVAGLINI. Influenza dei prodotti opoterapici sulla tolleranza agli idrati di carbonio.

Il Fascicolo 5 (15 maggio 1922) della nostra **SEZIONE CHIRURGICA** che trovasi in corso di stampa e che appena pronto spediremo subito ai rispettivi Signori abbonati conterrà:

I. - O CIGNOZZI: **Occlusione intestinale per inginocchiamento del tenue da pericolite membranosa con corpo fibrinoso peduncolato.**

II. - R. MICOTTI: **Sul cordoma del sacro.**

III. - T. LAURENTI: **Contributo clinico all'acetonuria post-operatoria.**

IV. - O. TENANI: **Contributo alla chirurgia della papilla del Vater.**

Gli abbonati alle sole **SEZIONI MEDICA e PRATICA** potranno ottenere questo importante fascicolo, inviando cartolina-vaglia di L. 5 al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 29 Maggio 1922 Fasc. 22

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELL'ISTITUTO DI STUDI SUPERIORI DI FIRENZE.
Prof. CESARE FRUGONI, direttore incaricato.

Contributo clinico allo studio dei rapporti asma bronchiale - tubercolosi polmonare.

Dott. EMILIO BUFALINI.

Le vedute sui rapporti tra asma bronchiale e tubercolosi polmonare (1) hanno subito, da trent'anni a questa parte, profonde e radicali modificazioni.

Da poi che le più complete conoscenze anatomo-patologiche della tubercolosi polmonare hanno rivelato di essa le forme iniziali, le attenuate, le fibrose, le bronchiali, le ilari, e che la diagnosi loro è stata resa possibile dalla applicazione di più fini ed esatti accorgimenti clinici, e facilitata dagli esami radiologici e dalle prove tubercoliniche, l'antico e classico concetto dell'antagonismo asma-tubercolosi è andato progressivamente perdendo terreno.

Derivava esso dalla premessa che l'asma bronchiale fosse funzione di artritismo, ed il terreno artritico a sua volta incompatibile con la infezione tubercolare. Tra le due malattie si ammetteva esistesse una vera e propria incompatibilità per cui lo sviluppo dell'una, nella eventuale rara associazione delle due forme, avrebbe agito, interferendo il progresso dell'altra, e si riteneva allora fosse per solito l'asma ad aprire la scena, la tubercolizzazione solo avvenendo, quando già si fossero stabilite particolari condizioni debilitanti che ne favorissero l'impianto.

All'enfisema complicante l'asma il Guenau de Mussy attribuiva il rallentamento e l'arresto della infezione tubercolare, secondo Monret invece dovuto alla atrofia degli alveoli polmonari ed alla distruzione consecutiva dei capillari.

Specie la scuola francese, basata sui lavori di Huchard, vedeva nell'asma non altro che una manifestazione artritica, una «metastasi bronchiale di gotta viscerale», ed ancora pochi anni addietro il Delthil (1) (1917) è tornato a sostenerlo, nuovamente affermando la immunità tubercolare negli asmatici, sulla ba-

(1) V. in argomento C. FRUGONI. *Asma bronchiale*. Relazione al Congresso di Medicina interna, Roma 1920. — ID. Rivista Ospedaliera, 1921, n. 7. — ID. Policlinico, Sezione Medica, 1922.

(1) DELTHIL. *L'asthme*. Maloine, Paris, 1917.

se di una serie di 3000 osservazioni di cui però non sappiamo la tecnica e completezza di esame. Solo 12 di questi 3000 asmatici, secondo il detto autore, sarebbero diventati tubercolosi e di questi 8 sarebbero guariti. La diatesi artritica, secondo Delthil, agirebbe ostacolando lo sviluppo del bacillo di Koch, per la iperacidità urica che determina, ed a suo avviso, quando l'asma bronchiale scompare per dar adito alla infezione tubercolare, ciò avviene in quanto la diatesi artritica ha ceduto, la iperacidità urica è stata neutralizzata e vinta, e l'organismo si indebolisce e decade.

Fu il Landouzy (1) per primo a rovesciare completamente i termini della questione, in quanto non solo negò la esistenza dell'antitesi asma-tubercolosi, ma affermò essere l'asma bronchiale funzione ed espressione di tubercolosi larvata. Basandosi sulla eventuale coesistenza dell'urticaria e dell'asma, sul costante reperto degli eosinofili nell'espettorato, e sulle esperienze, però non attendibili (vedi Frugoni), di anafilassi passiva del Manoitoff, egli invocò il fenomeno anafilattico a spiegazione della crisi asmatica. La tubercolosi, pel Landouzy agirebbe con un duplice meccanismo; o come spina polmonare richiamante e fissante all'apparato respiratorio la manifestazione anafilattica (accesso scatenato da eventuale presenza di sostanze asmogene preparanti e di scoppio) o, più verosimilmente, in maniera diretta nel senso che la lesione indurrebbe il malato in istato di ipersensibilità tubercolinica e che una sopravveniente *poussée* evolutiva lanciante in circolo nuovi e più copiosi veleni tubercolari, provocherebbe lo scoppio dell'accesso. In altre parole, la crisi asmatica non sarebbe pel Landouzy che la espressione di una autoinoculazione di veleni tubercolari in terreno ipersensibilizzato, e l'asmatico dovrebbe essere sempre trattato come un tubercoloso nervoso.

La dottrina tubercolare, così da Landouzy prospettata, raccolse consensi, e, pure variamente dissentendo sull'intimo meccanismo di azione, vari autori ad essa si accostarono: Raekemann, Spengler, Taszk, Krez, Muller, Soca, ecc., e, tra i nostri, Mattirolo, De Micheli, Piazza ed altri.

Di asma turcolinico parla pure il Moncorgé (2), che vede nella tubercolosi la causa più frequente dell'asma bronchiale. Causa più frequente ma non unica inquantochè egli ammette che ogni intossicazione, ogni infezione, sia capace di determinarle; la tubercolosi però essendo tra le infezioni quella che più frequentemente ricorre, è lecito ammetterla a priori come l'elemento asmogeno più comune, specie per la circostanza della frequentissima localizzazione sua al polmone per cui all'azione tossica generale è da aggiungere l'azione irritativa locale. Alla tossiemia il Moncorgé attribuisce però la funzione preponderante. Allontanandosi dal concetto anafilattico del Landouzy, egli invoca a spiegazione della crisi la azione vaso-dilatatrice propria della tubercolina, senza peraltro spiegare in qual modo essa possa agire nello scatenare l'accesso.

In ogni forma clinica di tubercolosi polmonare, secondo lo stesso autore, potrebbero aversi manifestazioni asmatiche: rare nelle forme ulcero-caseose (per la conseguente distruzione degli elementi nervosi) e rare pure nelle forme massive, sarebbero meno rare nelle congestizie, discrete, fibrose e frequenti nelle forme pleuriche. Anche in ogni periodo di sviluppo delle bacillosi l'asma potrebbe manifestarsi ed ora esserne il primo sintoma rivelatore: *asma pretubercolare* (impropriamente detto per altro trattandosi generalmente di tubercolosi latente sempre svelabile ad un accurato esame), ed ora susseguire alla infezione *asma post-tubercolare*, sia che essendosi manifestato durante il periodo attivo della tubercolosi continui dopo la guarigione di questa, o sia che compaia realmente dopo la cessazione del processo tubercolare, la lesione cicatriziale o la sclerosi che ne residuano agendo come « spina morta » provocatrice.

Sulla azione della sclerosi polmonare come elemento provocatore dell'asma, o meglio come elemento fissatore all'apparato respiratorio delle condizioni interne capaci di determinare l'attacco, molto hanno insistito ed insistono il Bezançon e De Jong (1) mettendo in rilievo che spessissimo gli asmatici veri sono portatori di una spina broncopolmonare e che l'anamnesi mostra di frequente come nel passato di questi ammalati figurino cause di sclerosi bronco-polmonare (polmoniti, bronco-polmoniti, bronchiti gravi, lesioni tubercolari, ecc.), dimostrabili sia all'esame obiettivo fisico che a quello radiologico.

Le osservazioni di asma traumatico fatte prima (Giuffré) e durante la guerra (Loeper) (2)

---

(1) LANDOUZY. *L'asthme fonction de local. tub.* XIII Congr. Méd., Paris, 1912.

(2) MONCORGÉ. *L'asthme Etiologie, Pathogenèse, Traitement.* Vigot Frères, 1920.

(1) BEZANÇON e DE JONG. *Asthme et sclérose pulmonaire.* Presse Médicale, 1920. — ID. ID. *Asthme et tuberculose.* Paris Médical, 1921.

(2) LOEPER. *L'asthme traumatique.* Progr. Médical, 1917.

starebbero a dimostrare ugualmente la funzione della spina polmonare come elemento asmogeno. Il Cordier riferisce di individui che mai avevano sofferto, prima delle loro ferite polmonari, di crisi asmatiche, ed ammette essere queste determinate da un'irritazione traumatica del pneumogastrico. È come fattore più frequente di sclerosi polmonare che, secondo il Bezançon e De Jong, la tubercolosi agirebbe nel determinismo dell'asma, pur potendo detta sclerosi essere prodotta da altre infezioni, in particolare diplococciche, grippali e luetiche (Hutinal, Nadal (1), Leredde (2), Dalsace (3), ecc.), e da cause varie quali i gas tossici come nella recente guerra si è verificato.

Secondo Bezançon e De Jong, quindi, non l'asma conduce alla sclerosi del polmone, con enfisema e bronchite cronica, ma, viceversa. la sclerosi polmonare, cicatriziale o relativamente attiva, sarebbe la malattia fondamentale legata a cause varie, e con grandissimo predominio alla tubercolosi fibrosa.

La crisi d'asma non sarebbe che il sintomo clamoroso di una sclerosi polmonare, spesso rilevabile, ma talora tanto discreta da non potersi affatto obiettivare, sintoma predominante e al quale non a ragione verrebbero attribuite tutte le complicanze ulteriori.

Schröder (4) concorda nell'affermare che la vecchia asserzione che asma e tubercolosi si escludano è assolutamente da respingere, ammettendo però che raramente si trovi negli asmatici la tubercolosi attiva e progrediente. E ritiene essere necessario affinchè l'asma si produca, la presenza di speciali stati costituzionali nevropatici nei quali, con la concorrenza di altre cause perturbatrici, il veleno tubercolare sarebbe in grado di determinare tipici spasmi acuti bronchiali.

De Michele (5) afferma non esservi caso di asma bronchiale nel quale ricerche diligentemente condotte non mettano in evidenza lesioni specifiche di uno degli apici o delle ghiandole iliari, e conclude che l'asma essenziale non esiste perchè non è in realtà se non la manifestazione di focolai di tubercolosi attiva polmonare e iliare. In tutti i 50 casi studiati avrebbe avuto cutireazione positiva alla tubercolina; a parte il valore molto relativo di tale reperto negli adulti, la casistica studiata, per quanto almeno emerge dai 4 casi dei quali sommariamente è riferilto, non autorizza davvero alla suddetta conclusione, restando molto dubbio se realmente si tratti in essi di asma vero o non piuttosto asma sintomatico. E nei riguardi della cutireazione tubercolinica è da ricordare che Comby, in bambini asmatici, ebbe resultati completamente negativi, ed il Marfan ebbe cutireazione positiva solo una volta su 4 pure in bambini asmatici, materiale quindi, agli effetti della cutireazione tubercolinica, di grandissimo valore.

Nella recente relazione sull'asma al XXVI Congresso di Medicina interna (Roma 1920), Frugoni infine così si esprime rispetto alla tubercolosi: « L'antagonismo asma-tubercolosi, una volta ammesso, non risponde a realtà, perchè un asmatico può divenire tubercoloso (di forma torpida generalmente) e non di rado contemporaneamente lo è. Non si è ancora raggiunta la rigorosa dimostrazione che in terreno di asma bronchiale vero si riscontrino lesioni tubercolari polmonari, con particolare frequenza, nè che quelle che talora si osservano sieno direttamente provocatrici della disposizione asmatica dell'attacco ».

« Quindi non sono più da ammettersi antagonismi di sorta tra tubercolosi e asma bronchiale; ma d'altra parte una rigorosa dimostrazione di un asma bronchiale vero ad eziologia tubercolare non è stata ancora raggiunta ».

***

Per ricerche contemporaneamente eseguite nell'Istituto di patologia Medica e nel IV Turno medico ospitaliero, sull'asma bronchiale, potendo disporre di larga casistica, non solo numerica, ma studiata ed analizzata nel modo il più completo e moderno, ho intrapreso sistematiche indagini intese a studiare i rapporti tra asma e tubercolosi polmonare valendomi a tal fine di tutti i sussidi delle moderne ricerche atti a rilevare la eventuale presenza di lesioni specifiche del polmone, dalle sottigliezze dell'esame obiettivo, all'esame radiologico, alle varie prove tubercoliniche.

I casi studiati furono ventidue: 10 uomini, 12 donne. In quattro di questi pazienti (Tavola I) esisteva ereditarietà tubercolare, in tre ereditarietà nevropatica, in due ereditarietà artritico-uricemica, cinque avevano precedenti tubercolari personali (pleuriti), dieci avevano sofferto, precedentemente alle crisi di asma, di affezioni non specifiche delle vie respiratorie

(1) HUTINAL-NADAL. *Sclérose pleuro-pulmonaire de l'enfant et hérédo-syphilis*. Thèse de Paris, 1910.

(2) LEREDDE. *Etude sur une forme ignorée de syphilis pulmonaire*. Paris Médical, 1917.

(3) DALSACE. *Etude critique de l'étiologie des bronchites croniques avec sclérose pulmonaire*. Thèse de Paris, 1920.

(4) SCHRÖDER. Beitr. zur Klinik der Tuberculose, 1920.

(5) DE MICHELE. Rifor. Medica, 1919.

(polmoniti, bronchiti gravi e ripetute, broncopolmoniti). Particolarmente interessanti i casi seguenti: Parretti Fortunato (caso n. 1) giunto a 42 anni in perfetta salute, a detta età polmonite destra; otto mesi dopo primi accessi asmatici, riconosciuti poi per asma da fieno, mentre in precedenza aveva sempre avuto contatto con foraggi senza avvertire il minimo disturbo; Manetti Pilade (caso n. 12) affetto da asma da fieno: dall'età di 16 anni mediatore di foraggi avendo sempre goduto ottima salute; a 28 anni pleurite secca destra; nella successiva primavera inizio delle crisi asmatiche; Biagini Ilaria (caso n. 19) affetta da asma indeterminato: a 14 anni pleurite secca a sinistra, a 16 anni bronchite. Da tale epoca senso di ambascia di respiro e talora periodi fugaci di dispnea; a 24 anni broncopolmonite influenzale; da allora crisi asmatiche intensissime della durata da 12 a 15 giorni.

Su 22 casi, in 15 figurano quindi affezioni delle vie respiratorie precedenti la comparsa dell'asma.

Lesioni tubercolari attive del parenchina polmonare (Tavola II) figurano in un sol paziente; Zei Oreste (caso n. 3) sotto forma di tubercolosi fibrosa ulcerativa del lobo inferiore destro con emottisi abbondanti e ripetute.

Le prove tubercoliniche (Tavola II — cutireazione, intradermoreazione, iniezioni sottocutanee di tubercolina) riuscirono chiaramente positive in 19 pazienti, in 7 dei quai la iniezione sottocutanea di 1/2 milligr. riuscì a dare, dalla completa apiressia, elevazione termica tra 38° e 39°.

L'esame radiologico dell'apparato respiratorio (Tavola II) mise in evidenza in 8 pazienti (sei con prove tubercoliniche chiaramente positive) fatti di infiltrazione a carattere specifico del parenchina polmonare, specie nelle zone apicali, e marcate adeniti ilari.

All'esame delle fosse nasali, del naso-faringe (1), solo in un caso furono trovate proliferazioni polipoidi della mucosa dei turbinati, ed in altro polipi del meato medio; nei rimanenti casi stati infiammatorii catarrali della mucosa e frequenti ipertrofie con contatto tra le pareti laterali ed il setto.

L'esame dell'escreato per la ricerca del bacillo di Koch (Tavola II) fu negativo in tutti. In circa 3/4 dei malati l'escreato dimostrò eosinofilia spiccata, pure manifesta in genere nel secreto nasale; interessante a questo riguardo la osservazione fatta sul paziente Pini Giuseppe (caso n. 2) portatore di numerose proliferazioni polipoidi della mucosa dei turbinati; eseguita una biopsia in istato di benessere ed una in accesso asmatico, si ebbe a constatare una spiccatissima maggiore quantità di eosinofili nelle sezioni di mucosa in accesso in confronto della mucosa estirpata in fase di tranquillità respiratoria, mentre l'esame del sangue, eseguito pure prima e durante la crisi, non aveva dimostrato differenze sensibili nella percentuale degli eosinofili.

***

Varie questioni si offrono alla discussione: e di esse la preliminare e fondamentale è quella dell'esistenza o meno di un vero e proprio antagonismo tra tubercolosi polmonare ed asma bronchiale.

Se di tale antitesi potevasi discutere una ventina d'anni addietro, quando ancora la tubercolosi polmonare era nota solo come tisi polmonare, non può più rigorosamente trattarsi ai giorni nostri dopo che la diagnosi precoce delle varie lesioni specifiche dell'apparato respiratorio è divenuta possibile e ne è stata chiaramente dimostrata la relativa frequenza in asmatici. Su questo punto quasi tutti gli autori moderni concordano. Kretz (1) trova la tubercolosi nel 75 % degli asmatici da lui esaminati; Schröder (2) oltre nel 50 %; in tale proporzione circa il terreno tubercolare figura nei casi da noi studiati.

Nella quasi totalità di essi, uno solo fa eccezione: trattavasi chiaramente di tubercolosi fibrosa, sclerotizzante, latente o spiccatamente tendente alla latenza. È indubbio che asma e tubercolosi attiva, progrediente, se pur possono coesistere, si incontrano molto di rado mentre è assai frequente invece la associazione con la tubercolosi fibrosa, discreta, a tipo sclerosante, così come hanno osservato Henri Roger, Bezançon e De Jong, Schröder, ecc. Solo in questo senso quindi va inteso l'antico antagonismo, antagonismo cioè di semplice evoluzione, non di malattia.

Ma circa la etiologia dei molti casi di asma in terreno tubercolare e più precisamente se essi debbono essere riferiti alla infezione Kochiana stessa, nulla è dimostrato. Manca sinora la prova assoluta della patogenesi tubercolinica di vere crisi asmatiche per quanto Jacobson affermi che nei tubercolosi in via di evoluzione, le iniezioni della tossina tubercolare possono, talora, provocare crisi di dispnea

---

(1) Gli esami rino-laringoiatrici furono eseguiti dall'Ill. prof. Torrigiani, e quelli radiografici dal Ch.mo dott. Cumbo ai quali rendo le mie più vive grazie.

(1) KRETZ. Wurzburgen Abhand, 1914.
(2) SCHRÖDER, loc. cit.

TAVOLA I.

Numero	COGNOME e NOME	Ereditarietà tubercolare artritica, neuropatica, asmatica	Malattie pregresse dell'apparato respiratorio e loro data	Epoca da cui data l'asma
1	Parretti Fortunato di a. 44	n. n. n. n.	Polmonite destra a 42 a.	Dall'età di 43 anni (otto mesi dopo la polmonite).
2	Pini Giuseppe di a. 38 . . .	n. n. n. n.	Pleurite essud. sin. a 26 a.; bronchite a 34 a.	Dall'età di 35 anni.
3	Zei Oreste di a. 58	Padre ed una sorella morti di tubercolosi polmonare.	Polmonite a 20 anni; dopo qualche mese tosse e primi escreati emottoici.	Dall'età di 21 anni.
4	Gigli Amelia di a. 25 . . .	Ereditarietà nevropatica materna.	A 12 a. bronchite febbrile; da allora ha sofferto più volte di catarro bronchiale.	Dall'età di 15 anni.
5	Arrighi Adolfo di a. 14 . .	n. n. n. n.	n. n.	Dall'età di 2 anni.
6	Vecci Caterina di a. 46 . .	n. n. n. n.	Bronchite febbrile a 20 a.; altra bronchite a 32 a.	Dall'età di 33 anni. (Di lievi accessi dispnoici la paziente aveva sofferto anche in precedenza).
7	Zani Sabatina di a. 24 . .	n. n. n. n.	Broncopolmonite influenzale a 21 a.; a 23 a. febbre durata due settimane di natura non bene precisabile; a 24 a. lieve broncopolmonite influenzale.	Dall'età di 24 anni.
8	Vandremar Pellegrina di a. 55	n. n. n. n.	A 50 anni catarro bronchiale sub-acuto.	Dall'età di 50 anni.
9	Bargigli Maria di a. 54 . .	Ereditarietà paterna tubercolare, nevropatica	A 16 anni pleurite essudativa destra; nel settembre 1918 bronchite; nel novembre 1918 broncopolmonite destra.	Dall'aprle 1918.
10	Baggiani Chiarina di a. 30	n. n. n. n.	Nell'agosto 1920 broncopolmonite sinistra.	Dall'agosto 1920.
11	Maggini Mentore di a. 29 .	Ereditarietà artritica uricemica paterna.	Bronchite ad 1 anno; ha sempre sofferto di tosse e catarro bronchiale nel periodo invernale; bronchite febbrile nel 1920.	Dal 1920.
12	Manetti Pilade di a. 39 . .	Eredit. artritica uricemica.	A 28 a. pleurite secca destra.	Dall'età di 28 a. (pochi mesi dopo aver sofferto della pleurite).
13	Comparini Attilio di a. 13 .	n. n. n. n.	n. n.	Dall'età di 10 anni.
14	Cantini Giovanni di a. 54 .	n. n. n. n.	A 10 a. polmonite destra; a 40 a. idem; a 47 a. idem; a 53 a. polmonite sinistra.	Dall'età di 41 anni.
15	Derbini Brunetta di a. 30 .	n. n. n. n.	n. n.	Dall'età di 20 anni.
16	Ciulli Agatina di a. 22 . .	n. n. n. n.	Bronchite a 5 anni.	Dall'età di 7 anni.
17	Lunardi Alfredo di a. 48 .	n. n. n. n.	Bronchite a 12 anni; di poi sempre tossicoloso; ebbe bronchite a 42 a.	Ha sempre sofferto di facile dispnea; vari accessi asmotici dall'età di 42 a.
18	Mazzetti Olga di a. 34 . .	Eredità tubercolare.	Broncopolmonite a 7 anni.	Dall'età di 30 anni.
19	Biagini Ilaria di a. 29 . .	Eredità nevropatica; una sorella sofferente di asma br.	Pleurite secca sinistra a 14 a.; a 16 a. bronchite; a 24 a. broncopolmonite influenzale.	Dall'età di 16 a. lievi attacchi dispnoici che assumono carattere di intense crisi asmatiche dall'età di 24 a.
20	Parronchi Virginia di a. 22	Eredità tubercolare materna, padre alcoolista.	n. n.	Dall'età di 18 anni.
21	Guidotti Ester di a. 32 . .	n. n.	n. n.	Dall'età di 7 anni.
22	Bettini Ivo di a. 29	n. n.	n. n.	Dall'età di 18 anni.

TAVOLA II.

Numero	COGNOME e NOME	Esame escreato ricerca bac. di Koch	Esame radiografico apparato respiratorio	Rilievo obiettivo apparato respiratorio	Reazioni alla tubercolina			Cutireazioni secondo il metodo di Walker
					cuti	intra-cute.	sottocutanea (½ — 1 milligr.)	
1	Parretti Fortunato, di a. 44.	Negativo	Non fatti specifici, non particolare accentuazione dei gangli peribronchiali.	Lieve grado di enfisema; scarsi sibili e ronchi diffusi.	++—	—	—	Positiva intensa all'estratto di fieno, debole per l'estratto di peli di cavallo.
2	Pini Giuseppe, di a. 38 . . .	Id.	Leggera accentuazione bronchiale sulle basi senza carattere speciale.	Respiro aspro apice sinistro; lieve grado di enfisema diffuso.	+++	+++	+++ (temp. 38°)	Negativa.
3	Zei Oreste, di a. 58	Id.	Focolai d'infiltrazione broncopolmonare alla base di destra di probabile natura specifica.	Base destra riduzione plessica; respiro scarso soffiante; rantoli, medie e grosse bolle.	+++	+++	+++ (temp. 38°.5)	Id.
4	Gigli Amelia, di a. 25	Id.	Zona apicale destra meno aereata della sinistra con opacità uniforme, senza apparenza di focolai nodulari.	Lieve enfisema diffuso; ipofonesi fossa sopra- e sottospinosa destra; ronchi, sibili diffusi.	+——	+——	—	Id.
5	Arrighi Adolfo, di a. 14 . . .	Id.	n. n.	Qualche ronco e sibilo alle basi.	———	———	—	Id.
6	Vecci Caterina, di a. 46 . . .	Id.	Fatti bronchiali di carattere comune.	Enfisema di notevole grado; riduzione apice sinistro; lieve ipofonesi zona di proiezione lobo superiore destro.	+++	+++	+++ (temp. 38°.2)	Id.
7	Zani Sabatina, di a. 24 . . .	Id.	Fatti bronchiali bilaterali senza carattere speciale.	Nulla degno di particolare rilievo.	———	———	—	Id.
8	Vandremar Pellegrina, di a. 55	Id.	Enfisema di alto grado, non apparenza di fatti d'infiltrazione specifica.	Enfisema diffuso di alto grado; ronchi, sibili, su tutto l'ambito.	———	———	—	Id.
9	Bargigli Maria, di a. 34 . . .	Id.	Piccoli noduli calcificati apice destro.	Apice destro abbassato, riduzione del campo di risonanza di Krönig; modico enfisema.	+++	+++	+++ (temp. 39°) l'iniezione è praticata in violento accesso che scompare col rialzo termico.	Id.
10	Baggiani Chiarina, di a. 30 .	Id.	Accentuazione bronchiale zona sottocl. destra; adenite ilare assai marcata bilaterale.	Apice sinistro abbassato, e riduzione del campo del Krönig; enfisema diffuso.	+++	+++	+++ (temp. 37°.4)	Id.
11	Maggini Mentore, di a. 30 . .	Id.	Minore aereazione apice destro; accentuazione ghiandole ilari bilate-r[illegible]	Ipofonesi zona sopraspinosa destra; riduzione apice destro; enfisema diffuso.	+++	+++	+++ (temp. 39°)	Id.

Segue TAVOLA II.

Numero	COGNOME e NOME	Esame escreato ricerca bac. di Koch	Esame radiografico apparato respiratorio	Rilievo obiettivo apparato respiratorio	Reazioni alla tubercolina			Cutireazioni secondo metodo di Walker
					cuti	intra-cute	sottocutanea	
12	Manetti Pilade, di a. 39 . . .	Negativo	Aereazione apicale bilateralmente deficiente; marcati fatti di adenite ilare bilaterale.	Fatti discreti di catarro bronchiale diffuso; lieve enfisema.	++−	+−−	−	Positiva intensa per l'estratto di fieno.
13	Comparini Attilio, di a. 13 . .	Id.	Accentuazione bronchiale sottoclaveare destra.	Reperto normale.	−−−	−−−	−	Negativa.
14	Cantini Giovanni, di a. 54 . .	Id.	Fatti bronchiali di carattere comune.	Enfisema di modico grado diffuso; fatti di catarro bronchiale.	+−−	+−−	+++ (temp. 37°.8)	Id.
15	Derbini Brunetta, di a. 30 . .	Id.	Lievi fatti di adenite ilare bilaterale.	Lievissimo grado di enfisema.	++−	++−	−	Id.
16	Ciulli Agatina, di a. 22	Id.	Reperto normale.	Qualche lieve fatto di catarro bronchiale.	−−−	−−−	−	Id.
17	Lunardi Alfredo, di a. 48 . .	Id.	Apici scarsamente aereati; non fatti infiltrativi.	Enfisema di alto grado; catarro bronchiale diffuso.	−−−	−−−	−	Id.
18	Mazzetti Olga, di a. 34	Id.	Minore aereazione apicale sinistra; focolai di calcificazione ilare ghiandolare spiccati a destra.	Ipofonesi zona sopraspinosa sinistra ove respiro aspro.	+++	+++	+++ (temp. 38°.5)	Positiva intensa per l'estratto di piume di pollo.
19	Biagini Ilaria, di a. 28 . . .	Id.	Accentuazione bilaterale del pennello bronchiale.	Bronchite secca diffusa; respiro aspro fossa sopraclaveare destra.	−−−	−−−	−	Negativa.
20	Parronchi Virginia, di a. 22 .	Id.	Fatti di pleurite lobo superiore destro; non apparenza d'infiltrazione parenchimale.	Ipofonesi e respiro aspro fossa sopraspinosa destra.	+++	+++	+++ (temp. 38°)	Id.
21	Guidotti Ester, di a. 32 . . .	Id.	Nulla a carico del parenchima; a destra aderenza pleuro-diaframmatica; discreta accentuazione ghiandolare. Ilare bilaterale.	Modico enfisema con espirazione piuttosto prolungata e qualche sibilo bronchiale.	+−−	+−−	−	Positiva intensa per l'estratto di pelo di coniglio, parziale per l'estratto di pelo di cavia e di scimmia.
22	Bettini Ivo, di a. 29	Id.	Reperto completamente normale.	Lieve grado di enfisema diffuso.	++−	+−−	−	Positiva intensa all'estratto di peli di capra e di vaccina, ed al latte e siero di vaccina e capra.

parossistica, ed allo stesso modo sostenga il Gougerot (1) di averle risvegliate in vecchi asmatici, e così Storn Wann Leuwen e Warekamp. Detti autori anzi, secondo quanto riferiscono in un recentissimo lavoro (2), avrebbero ottenuti risultati brillantissimi, nella cura dell'asma, col trattamento tubercolinico.

Avendo osservato che gli individui presentanti forti reazioni cutanee ai vari sieri, loro iniettati a scopo di diagnosi etiologica, presentavano pure, quasi costantemente, reazioni intense alla tubercolina, pensarono alla esistenza di un eventuale rapporto tra le due specie di reazioni ed ammisero che uno stato di ipersensibilità alla tubercolina stessa potesse essere un fattore capace di aumentare la suscettibilità degli ammalati alle reazioni allergiche o anafilattiche. La tubercolosi interverrebbe quindi, secondo i detti autori, come elemento predisponente allo scoppio della crisi, non come fattore determinante.

Per Landouzy, e già l'abbiamo ricordato, l'asma è quasi sempre funzione di tubercolosi larvata e nella produzione dell'accesso egli invoca il fenomeno anafilattico. A parte la profonda differenza tra fenomeno anafilattico e reazione tubercolinica nei Kochiani, che sempre si manifesta con ipertermia considerevole, con fenomeni più o meno spiccati di reazione di focolaio, mai si è riusciti, in numerosissime ricerche sperimentali, ad ottenere regolarmente la anafilassi da tubercolina (Piazza) (3).

Inoltre la osservazione clinica dimostra che se associazione esiste tra asma e tubercolosi, essa è con forme a spiccata tendenza alla sclerosi; forme nelle quali la tossiemia tubercolinica è ridotta al minimo; e là, ove essa intossicazione è più che mai spiccata, brusca, saltuaria, pel sopraggiungere di nuovi attivi focolai di infezione (forme essudative, febbrili, a rapida evoluzione) non si trova il vero asma bronchiale, ma stati dispnoici alla tossiemia ed alla febbre riferibili.

Riportandoci poi alle nostre osservazioni si rileva che le iniezioni di tubercolina (da 1/2 ad 1 milligrammo) praticate a scopo diagnostico regolarmente in ciascun paziente, mai provocarono crisi di dispnea parossistica (sia pur lievi), per quanto in 7 di essi si fosse avuta una reazione generale febbrile tra i 38°.5 e 39°; inoltre in due ammalati, nei quali la iniezione di tubercolina fu praticata in pieno accesso, si ebbe in uno la rapida scomparsa della crisi, nell'altro una notevole attenuazione di essa, con contemporanea elevazione termica a 39° in entrambi.

Da aggiungere ancora che in tre dei nostri pazienti risultati portatori di focolai di tubercolosi polmonare ed ilare latenti, ed il cui asma poteva apparire, a priori, di genesi Kochiana, ricerche parallele eseguite dal collega dott. Ancona, nell'Istituto di Patologia Medica, dimostrarono in due di essi un classico asma da fieno, nel terzo un asma da piume dei più caratteristici.

È qui necessario ricordare la luce portata in questi ultimi anni dalle ricerche degli autori americani (Walker, Goodale, Wondenhause, ecc.) e di qualche europeo (Bosch, Cordier, ecc.) alla genesi squisitamente anafilattica di moltissimi casi di asma, non solo per sostanze volatili, come emanazioni animali e vegetali (polline, pelo di animali, piume, ecc.) ma anche per proteine alimentari e batteriche, e man mano che le ricerche in questo campo si estendono e si completano, vieppiù si vede accrescere il numero di casi di asma che nel fenomeno anafilattico trovano la loro origine.

Così il Frugoni (1) è riuscito recentemente in un caso tipico di asma da coniglio avente cutireazioni spiccatamente positive all'estratto di peli di tale animale, e crisi emoclasica con accesso asmatico successivo per contatto con esso, ad ottenere, in via sperimentale, il trasporto passivo dello stato anafilattico in un bambino di 13 anni iniettandogli direttamente nelle vene 68 cc. di siero di sangue dell'ammalato in parola. Mentre prima della iniezione il piccolo paziente presentava cutireazione negativa all'estratto di peli di coniglio, successivamente questa si fece chiaramente positiva, e 24 h. dopo la iniezione il contatto col coniglio provocò la crisi emoclasica. E analoghi risultati ebbe in altre analoghe prove.

La genesi anafilattica di alcune categorie di asma bronchiale è perciò chiaramente e sperimentalmente dimostrata. Vi è da domandarsi se essa in realtà non abbia una portata molto più vasta di quanto fino ad ora 'sia ritenuto.

Devesi tuttavia riconoscere che non tutti gli individui con fenomeni di anafilassi hanno manifestazioni asmatiche, il che induce a ritenere che perchè lo scoppio anafilattico si traduca nella crisi asmatica occorre un *quid* che fa-

---

(1) GOUGEROT. *Anaphylaxie et sensibilisation dans les infections.* XIII Congr. Méd., Paris, 1912.

(2) The Lancet, December, 1921.

(3) PIAZZA. *Asma bronchiale ed anafilassi.* Annali di Clinica Medica, 1917.

(1) C. FRUGONI. *Studi sull'asma bronchiale con particolare riguardo all'asma anafilattico.* Policlinico, Sezione Medica, 1922.

vorisca il richiamo all'apparato respiratorio, e quivi localizzi gli elementi della crisi stessa, un qualche cosa, cioè, che induca l'apparato respiratorio in istato di sensibilizzazione. È questo il meccanismo col quale forse interviene la tubercolosi polmonare, nel favorire lo scoppio dell'asma, come agente cioè di sclerosi, di spina ugualmente come possono indirettamente agire la polmonite, la broncopolmonite, i gas tossici, le ferite polmonari, la lue polmonare, ecc., le cause tutte, insomma, capaci di provocare, con i reliquati che lasciano, un *locus minoris resistentiae* nell'apparato respiratorio.

Su 22 dei nostri asmatici, 15 figurano colpiti da affezioni polmonari varie, tutte precedenti la comparsa dell'asma; i rapporti tra le prime ed il secondo appaiono di una chiara evidenza nella tavola n. 1, specie nei due casi di asma da fieno (casi n. 1 e 12) nei quali le crisi si iniziarono nell'uno a 42 anni e nell'altro a 28 anni, pochi mesi dopo avere rispettivamente sofferto di polmonite e di pleurite, ed ugualmente nel caso n. 19 in cui le crisi, già apparse in maniera larvata a 16 anni, dopo una pleurite ed una bronchite, si manifestarono intensissime a 25 anni successivamente ad una broncopolmonite influenzale.

Se possa poi la sclerosi polmonare essere di per sè sufficiente a scatenare l'accesso, così come affermano Bezançon e De Jong, che giungono a considerare l'asma bronchiale come una forma clinica di sclerosi polmonare, è cosa molto discutibile e tutt'altro che dimostrata. La sclerosi polmonare potrà anche arrivare a provocare accessi disponici per irritazione meccanica, ma si tratta allora di asma sintomatico, di pseudoasma, non di asma vero, con tutte le sue caratteristiche cliniche e citologiche; perchè questo si produca è da ritenersi *strettamente necessaria* la esistenza di uno speciale terreno, nevropatico, artritico, vagotonico o, molto più verosimilmente, anafilatizzato, come i dati delle più recenti ricerche dimostrano per un gran numero di casi.

La sclerosi polmonare deve considerarsi perciò un elemento *favorevole*, ma non assolutamente necessario ed indispensabile alla manifestazione dell'accesso, non pochi essendo i casi nei quali manca ogni sclerosi ed ogni più lontana causa di essa.

Riassumendo, è lecito affermare:

Tra asma bronchiale e tubercolosi polmonare non esiste antagonismo di malattia, ma di evoluzione.

La esistenza di asma bronchiale vero ad etiologia tubercolare non è dimostrata: ugualmente nessun dato conforta la esistenza di un asma anafilattico tubercolinico secondo la concezione di Landouzy almeno; i risultati delle nostre ricerche tendono a negarlo.

È invece frequente (nella metà circa dei casi), in asmatici bronchiali, il reperto di lesioni specifiche respiratorie a carattere latente, sia parenchimali, che a sede adeno-linfatica. In tali casi, in quanto la tubercolosi agisce come fattore frequente di sclerosi polmonare, essa può *favorire, in terreno predisposto* per cause asmogene determinate, un più squisito stato di ipersensibilità dell'apparato respiratorio e localizzarvi la crisi anafilattica stessa; analogamente però possono agire altre affezioni comuni, non specifiche, dell'apparato respiratorio.

Al prof. C. Frugoni, per consiglio e sotto la guida del quale queste ricerche sono state compiute, i miei più vivi sensi di grazie.

NOTE PREVENTIVE.

OSPEDALE CONSORZIALE DI RONCIGLIONE (Roma).

Su 20 casi di linfoadenopatia inguino-crurale epidemica

per il dott. ARMANDO SALA, direttore.

L'affezione in parola, della quale riferirò dettagliatamente appena ultimato lo studio sulla via d'ingresso ed il modo di contagio, va bene distinta dalle comuni linfoadeniti inguinali e dal bubbone climaterico.

Si tratta di una poliadenite inguinocrurale iperplastica, dolorosa a decorso subacuto con alterazione della formula ematica, che volge al rammollimento o alla fibrificazione, che termina o con riassorbimento spontaneo, o con ulcerazione della cute. È prodotta da uno speciale micrococco simile al melitense che il dottore Vanni ha potuto isolare e coltivare dai miei malati.

Come già l'encefalite ha seguito ed accompagnato le ultime ondate della infezione influenzale, così ad una epidemia locale d'ittero che non oserei attribuire allo spirocheta (circa 900 casi) ha seguito fin dall'agosto del 1921 una epidemia di 20 casi di bubbone inguinale epidemico.

La malattia destò in un primo momento il sospetto di una forma di peste bubbonica attenuata, ma la mancanza di reperto del bacillo dal succo glandolare e parecchi caratteri etiologici, clinici e morfologici ne fanno un quadro morboso a sè, che forse si avvicina alle forme linfoadeniche del Banti.

Sono recettivi alla malattia i comuni animali da esperimento, specie le cavie, senza che per altro l'inoculazione si mostri per essi mortale, e si riesce ad isolare il micrococco dal sangue, dalle urine e da alcuni organi di questi. Nell'uomo si trova quasi in cultura pura nell'essudato glandolare, anche nelle forme ulcerate, non vi lascia attecchire i comuni germi della suppurazione, viene eliminata dalle urine, e nel sangue esistono agglutinine e precipitine specifiche.

La malattia ha decorso lungo, fra i 3 ed i 4 mesi, e termina sempre colla guarigione.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE SAN CARLO IN VOLTRI.

Sul trattamento della pustola maligna.

Prof. dott. T. BIANCHERI, primario chirurgo.

In questi utimi tempi è stata segnalata in diversi periodici medici (Vedi anche questo giornale, anno XXVIII, n. 40 e 48, anno XXIX, n 2) l'utilità della sieroterapia nella cura della pustola maligna. Avendo usato i mezzi non specifici, quelli cioè che mirano ad aumentare la resistenza del malato associati con quelli che tentano di soffocare localmente la infezione, e la sieroterapia, ho notato anch'io che quest'ultima supera i primi e di tanto che non esito a dichiararla il miglior rimedio che oggidì noi possediamo contro il carbonchio.

Non mi dilungo a citare statistiche e casi clinici, cosa già fatta da altri, descrivo soltanto il metodo che, fra tutti, mi ha dato i migliori risultati e che ora seguo sistematicamente in ogni caso di infezione carbonchiosa che capiti sotto le mie cure.

Appena l'ammalato è entrato in ospedale, qualunque tempo sia trascorso dall'inizio del male, gli inietto per via intramuscolare o sottocutanea 60 cc. di siero dell'Istituto Sieroterapico Milanese, come suggerisce l'avviso unito alla fiala, spingendo l'ago in diverse direzioni per diffondere meglio il liquido. Il giorno seguente ed il terzo giorno ne inietto 20 cc. *pro die.*

Sulla pustola non faccio che una o due pennellazioni con tintura di iodio al 10 %, proteggendola con una fasciatura semplice che permetta di osservarne le modificazioni nella sua evoluzione.

In seguito all'iniezione, se non coesistono altre malattie e se il malato non è *in extremis*, la temperatura cade entro i primi tre giorni (quasi sempre entro il secondo giorno) al disotto di 37° e l'ammalato avverte un profondo e decisivo miglioramento del suo stato. Pubblico a mo' d'esempio le tabelle termometriche dei due ultimi ricoverati nel Reparto isolamento di questo Ospedale, facendo notare che in entrambi si trattava di infezione piuttosto grave, rispettivamente al collo ed alla guancia, in atto da 4-5 giorni.

Per l'iniezione di 100 cc. di siero con la tecnica esposta non ho mai osservato inconvenienti degni di nota, tutto al più ho notato l'apparizione di qualche raro eritema fugace.

I fenomeni infiammatorii locali non cedono subito come quelli generali e la pustola continua ad estendersi ancora per circa una paio di giorni. Finalmente l'alone infiammatorio rilevato che circonda le vescicole non si allarga più ed esse lo invadono: segno questo che la pustola ha finito il suo ciclo di evoluzione ascendente ed entra nel periodo regressivo.

Io aspetto che i fenomeni infiammatorii locali siano del tutto scomparsi, che la pustola si sia trasformata in escara dura, coriacea, che le ghiandole regionali ritornate al loro volume primitivo mi indichino che non esiste più infezione virulenta, ed allora pratico l'escissione dell'escara. Questo piccolo ed innocuo atto operativo ha il solo scopo e grande vantaggio di accorciare enormemente il periodo di convalescenza, che nei casi di guarigione *per primam* non dura più di sette giorni, mentre se si attende l'eliminazione spontanea dell'escara e la cicatrizzazione della piaga che ne residua, può durare un tempo assai lungo.

Credo che l'atto operativo per la sua semplicità possa essere eseguito anche dal medico pratico al quale io lo segnalo, incoraggiandolo a praticarlo coll'indicargli la tecnica da me seguita:

Disinfezione con tintura di iodio — anestesia locale iniettando con una comune siringa nel sottocutaneo, attorno all'escara, pochi centimetri cubici di soluzione sterile di novocaina al 1/2 % con qualche goccia di adrenalina al l'1 ‰ — dopo pochi minuti taglio elittico della cute e separazione colle forbici o col bisturi del tessuto necrotico tagliando nel sano (non ho visto mai l'escara oltrepassare lo spessore del sottocutaneo) — sutura della cute in seta — medicatura asettica assorbente.

Ben difficilmente l'escara ha dimensioni e ubicazione tali da richiedere dopo l'asportazione una plastica più complessa della semplice riunione per trazione dei margini della ferita. In tal caso, se il medico pratico non vorrà egli stesso cimentarsi a quest'atto operativo più complesso, io consiglio di inviare il malato a

un ospedale di dove in pochi giorni uscirà guarito di una lesione che avrebbe richiesto lunga cura e lasciata una cicatrice indubbiamente peggiore.

Ed ora una parola di commento al lavoro di W. H. Ogilvie ed A. W. Hall pubblicato nel *The British medical Journal*, 8 giugno 1921, n° 3155, pag. 889 e 890, i quali contrariamente alla circolare del Ministero della Salute Pubblica inglese, che raccomandava l'uso del siero senza escissione della pustola, dichiarandola inutile in base ad una statistica su 800 casi, concludono, opponendone un'altra del « Guy's Hospital », che la mortalità è più alta nel trattamento col solo siero che in quello col siero e con l'escissione.

Questa contraddizione è basata su un errore dovuto all'accettazione senza critica da parte dei due Autori inglesi dei risultati di una statistica troppo esigua: alla statistica del Ministero, che si basa su 200 casi di sieroterapia solo con 8 morti (4 %) e su 174 casi di sieroterapia ed escissione con 35 morti (14 %), essi ne oppongono una di soli 4 casi di sieroterapia con 1 morto che fa salire la percentuale al 25 % e 37 casi di sieroterapia ed escissione con 3 morti che dànno l'8.1 %. È evidente che in base a 4 casi ed 1 morto non si può trarre una percentuale da contrapporre ad un'altra dedotta da una statistica di 200 casi. La conclusione di Ogilvie ed Hall non ha quindi che uno scarso valore relativo.

Apparentemente, prescindendo dalla loro statistica, parrebbe però che i due Autori londinesi dovessero aver ragione, poichè con l'asportazione della pustola si verrebbe ad allontanare il focolaio di infezione; ma, poichè la sieroterapia ha appunto fra gli altri anche lo scopo di sopprimere questo focolaio, è chiaro che, per chi riconosce ad essa il suo valore, l'escissione della pustola è perfettamente inutile. Ma anche non riconoscendo alla sieroterapia alcun valore, l'escissione della pustola è, a mio giudizio, inutile, poichè con essa non si allontana che una parte del focolaio: la porta di entrata; mentre le ghiandole linfatiche, che si può dire ammalino contemporaneamente, come dimostra la loro infiammazione, vengono lasciate e possono diventare il centro di diffusione se al malato manca la resistenza.

All'escissione io riconosco soltanto un valore secondario, quello cioè, come ho detto, di abbreviare la convalescenza; ma per questo scopo ritengo più prudente intervenire su tessuti non infiammati.

In conclusione, la vera cura della pustola maligna è, secondo me, la sieroterapia specifica.

Voltri, 28 febbraio 1922.

BAGLIERE ANTONIO

CANEPA G. B.

I segni + indicano i giorni dell'iniezione.

OSPEDALE MORGAGNI - FORLÌ.
Sezione Chirurgica
diretta dal prof. SANTE SOLIERI

La eseresi totale nella cura degli antraci

per il dott. LUIGI CONTI, assistente.

L'antrace, un tempo confuso con altre lesioni e principalmente col carbonchio o pustola maligna, deve considerarsi, come lo ha ben definito il Follin, *un agglomeramento di più foruncoli* od un *foruncolo vespaio*, come lo ha definito il Trelat. La terapia di questa infermità, talora assai grave, è stata ed è tuttora oggetto di numerose discussioni e, mentre alcuni autori sostengono, come il Paget ed il Gossellin, non doversi mai toccare l'antrace a qualunque varietà esso appartenga, altri, come il Despres e lo Slesarewsky, sono fautori dell'intervento chirurgico. Fra i metodi di cura vantati dagli astensionisti, metodi così detti abortivi, citerò innanzi tutto quello particolarmente usato dal Verneuil e che consiste nella polverizzazione fenicata della lesione mediante la marmitta di Championnière.

Le pennellature di tintura di iodio concentrata, l'applicazione di lozioni antisettiche calde coperte da una tela impermeabile, le iniezioni di sostanze medicamentose nel focolaio suppurativo, l'aspirazione del pus alla Bier, le cauterizzazioni col termocauterio sono altrettante forme di trattamento conservativo tuttora in uso.

L'incisione a croce e la successiva medicatura con la pasta di Canquoin costituiscono il primo e vecchio metodo d'intervento chirurgico. Buoni risultati ha ottenuti il Gosset il quale consiglia pure l'incisione a croce di tutta la placca dell'antrace, ma apporta una modificazione al metodo precedente, dissecando totalmente fino all'aponeurosi i quattro lembi, cauterizzando le superficie cruentate sino a distruggere il focolaio e ribattendo poscia i quattro lembi sull'ulcera residuante.

Il Tricomi, per rimediare all'inconveniente di una cicatrice a croce e deforme, ha fatto in molti casi una incisione unica, estesa e profonda, seguita da un raschiamento della cavità col cucchiaio di Wolkman ed applicazione dopo qualche giorno di trattamento di un drenaggio di gomma.

Nella Sezione chirurgica dell'Ospedale di Forlì dal 1911, epoca in cui ne assunse la direzione il prof. Sante Solieri, a tutt'oggi si è sempre nella maggioranza dei casi praticata con esito felice la *eseresi ampia* e *totale* degli antraci. Data la sede di predilezione di tali forme morbose (nuca, dorso, parete addominale, coscia) ben si comprende come soltanto in pochissimi casi tale trattamento non sia stato possibile: la localizzazione alle labbra ed al viso in genere non consente un intervento radicale per riguardo alla cosmesi. L'anestesia locale con cloruro di etile, l'asportazione in massa di tutta la zona dell'antrace con incisione circolare estesa in superficie e profondità sino ad arrivare sui tessuti sani, la causticazione della superficie cruenta con una soluzione di cloruro di zinco al 10 % e a medicatura successiva con garza sterile, previa applicazione di una soluzione satura di etere al iodoformio, costituiscono la tecnica dell'intervento indicato dal prof. Solieri. Alla causticazione colla soluzione di cloruro di zinco, che deve farsi ancora prima di allacciare i vasi, è data la massima importanza, perchè vale a distruggere *d'emblée*, e meglio assai che il cauterio attuale, tutti i germi che in superficie possono inquinare il focolaio. Da che è eliminato il timore di una diffusione del processo. Per potere esattamente valutare l'importanza terapeutica di tale trattamento conviene ben stabilire il compito precipuo del chirurgo nella cura di queste lesioni. Nell'antrace con frequenza si hanno suppurazioni peri-follicolari estese; il derma si presenta infiltrato con ascessi multipli la cui confluenza può dar luogo a flemmoni più o meno voluminosi, a suppurazioni profonde, che costituiscono infinite sorgenti di ben gravi complicazioni. L'assorbimento di bacteri attraverso le reti linfatiche, l'invasione di essi nella corrente sanguigna, che li diffonde in tutto l'organismo, possono determinare un processo infettivo generale che il chirurgo deve possibilmente prevenire.

A tale scopo risponde esattamente il nostro metodo, inquantochè determina la distribuzione completa ed estemporanea del focolaio virulento, impedendo nel contempo la diffusione nell'organismo dei germi bacterici. Tale risultato non è possibile ottenere col processo Gosset, poichè sia nei quattro lembi dissecati e cauterizzati, sia coll'asportazione circoscritta dell'antrace, permangono sempre numerose zone infiltrate le quali costituiscono altrettanti punti di partenza per una propagazione periferica o per una infezione generale. Il dolore, che negli ammalati di tali lesioni reca vive sofferenze e si accompagna ad eccessiva tensione, ad irradiazione nevralgica, scompare poche ore dopo l'intervento; il paziente si sente sollevato, quasi libero da un incubo che l'opprimeva, la temperatura si abbassa rapi-

damente fino alla normale, le ferita operatoria appare detersa già dopo 48 ore e ben presto granuleggiante.

Il processo di riparazione si compie regolarmente ed in breve tempo senza recare alcun disturbo al malato; la cicatrice non resta deforme, tutt'al più residua una leggera retrazione che non dà mai impedimento funzionale della parte.

È interessante la constatazione che, pure quando all'atto dell'escissione dell'antrace, si ha l'impressione di avere determinato una breccia molto ampia, non appena è scomparsa l'infiltrazione e l'edema periferico, si rileva che la superficie di granulazione è molto più ristretta di quello che si pensava.

La statistica degli antraci, curati nella sezione Chirurgica dell'ospedale di Forlì dal 1911 a tutto il 1921, porta un totale di 80 casi.

Di questi furono *trattati colla eseresi totale* 60 *di cui guariti* 58, *morti* 2 - *Mortalità* 3.33 %; *trattati coll'incisione semplice od a croce* 20 *di cui guariti* 16, *morti* 4 - *Mortalità* 20 %.

Volendo pur tener calcolo della speciale gravità della localizzazione dell'antrace alle labbra ed al viso, la bassa mortalità che si è avuta col procedimento radicale pure in casi gravissimi dispensa da qualsiasi commento. Dei due casi trattati col nostro metodo e seguiti da morte, credo opportuno riportare le cartelle cliniche, dalle quali risultano le condizioni, in cui gli infermi giunsero in trattamento.

CASO I. — M. R. di anni 70 pensionato. Entrato il 15 ottobre 1919; decesso il 31 ottobre stesso mese.

Diagnosi. — Antraci multipli alla testa ed al tronco. Albuminuria e diabete. Lue terziaria. Scabbia.

Dei diversi antraci localizzati alla testa ed al tronco i più voluminosi sono: *uno* in corrispondenza della regione temporale destra con notevole edema dei tessuti circostanti, *l'altro* in corrispondenza della regione sottoscapolare sinistra. Ambedue vengono asportati radicalmente, come pure gli altri minori alla nuca ed al dorso. Detersione rapida dei focolai operati. Morto per coma diabetico.

CASO II. — A. L., di anni 37, muratore. Entrato il 7 giugno 1920; decesso l'8 stesso mese.

Diagnosi. — Antrace alla nuca. Piosetticoemia. Endocardite in atto.

Condizioni generali pessime; febbre elevata, polso teso ed aritmico, delirio.

All'esame dell'urina si nota notevole quantità di albume. Viene operato d'urgenza.

Il malato cessa di vivere dopo circa sette ore dall'ingresso in ospedale.

COMMENTI.

Di un nuovo segno osservato nei parkinsoniani post-encefalitici.

Il dott. Bernardino Masci nel fasc. 19 del *Policlinico* narra che da vari mesi constatò nei parkinsoniani post-encefalitici «*un fenomeno molto singolare consistente nel fatto che i pazienti appena in grado di camminare con lentezza e difficoltà, sono capaci di correre speditamente*». Aggiunge che sul punto di descrivere il fenomeno, ebbe a rilevare che lo stesso fatto fu di recente osservato da Tilney e da lui designato col nome di progressione metadromica e di kinesia paradossale da Souques che fece la medesima constatazione.

Priorità adunque d'oltr'Alpe.

Non già per vantare la paternità di un segno clinico che appare certo di piccolo momento, ma perchè non sembri che solo fuori d'Italia ci siano occhi per vedere, mi preme chiarire che nella trattazione di un caso di parkinsonismo post-encefalitico (che amo definire encefalite cronica), fatta al Collegio Medico dei Primari nell'Ospedale Civile di Venezia il 3 aprile 1921, nella quale gran parte era data allo studio dei disturbi dell'andatura analizzati con metodo grafico, descrissi lo stesso fenomeno rilevato più tardi, a quanto pare, dal Masci, dal Tilney e confermato dal Souques e che avevo potuto notare fin dal giugno 1920. Una nota sintetica su quella conferenza fu pubblicata nel *Policlinico* dal dott. Dian; nel lavoro in extenso comparso su *La Medicina Pratica* di Napoli, fasc. 8-9, 1921, a un punto che analizza il rilievo grafico del cammino all'innanzi, è testualmente detto: «*Il tracciato è quello caratteristico della titubazione paretico-miotonica. Il cammino diviene assai spedito se compiuto rapidamente o addirittura in corsa*».

In queste parole, sembrami, sia chiaramente descritto il fenomeno paradossale, notato poi da altri, se pur non rivestito di neologismi esotici che non mutano la semplice sostanza del fatto.

Burano.

Dott. ALFONSO ABBRUZZETTI.

Il Masci, nel fascicolo 19 della Sezione Pratica del *Policlinico*, accenna ad un *fenomeno singolare nei parkinsoniani post-encefalitici, consistente nel fatto che i pazienti appena in grado di camminare con lentezza e difficoltà sono capaci di correre speditamente e con mo-*

vimenti coordinati, regolari tanto da dare la illusione di essere di fronte ad un individuo perfettamente normale.

Alla fine della corsa i malati sono capaci di arrestarsi spontaneamente, e se non si sono frenati per tempo, basta una mano dolcemente spinta avanti il loro corpo per farli fermare.

Il fatto, come nota l'A., è stato osservato anche da Tilny, che l'ha denominato «progressione metadromica».

Per parte mia posso aggiungere:

1° Che una giovinetta di 13 anni, abitante in Villa San Faustino, via degli Schioppi, che 5 mesi dopo l'attacco di encefalite epidemica (maggio 1920) presentava fisionomia da ebete, bradilalia marcatissima, movimenti stentati, lentissimi, difficoltà della stazione e deambulazione per una inclinazione in avanti del tronco e tendenza a cadere in questa direzione, *era capace di ballare con mosse regolari e con tale disinvoltura da non essere seconda a nessuna delle sue compagne, compiendo giri di valzer numerosissimi, e se mancava la musica cantava anche, in maniera da meravigliare, il ballabile corrispondente.*

Appena cessava il ballo tornava nelle condizioni di prima.

2° Un contadino dell'Alto Reggiano, di anni 21, che dopo un lieve attacco di encefalite è stato per un anno benissimo, dopo tale epoca ha cominciato ad accusare difficoltà dei movimenti del capo, della faccia, della lingua, del collo, arti superiori e tronco; è in breve tempo (2 mesi) arrivato al punto da non potersi muovere che a passi brevissimi, lentissimi (marzo 1921).

Parola scandita, crisi di pianto ingiustificate, riflessi tendinei esagerati, ecc.

Non appena era in bicicletta, così mi diceva il collega, che me l'ha inviato, *ed ha pedalato un po', non sembra più quello di prima, corre velocissimo, composto, con sicurezza di movimenti, ecc., e senza stancarsi: se però doveva rallentare per ostacoli, o volontariamente per fermarsi, si comportava come un novellino, andava a zig-zag, e correva il pericolo di cadere.*

Questi i fatti, che se trovano qualche analogia nella clinica delle malattie nervose e mentali, si prestano difficilmente ad una spiegazione soddisfacente specie in mancanza del controllo anatomo-istologico.

Modena, 10 maggio 1922.

Prof. dott. T. SILVESTRI
Aiuto volontario nell'Istituto di Patologia Medica della R. Università di Modena.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMIOTICA.

Le deviazioni della trachea e dell'esofago nella tubercolosi polmonare cronica.

Armand-Delille ed altri collaboratori, partendo da una deviazione marcata della trachea riscontrata casualmente in una malata, hanno ricercato sistematicamente nei loro malati tale fatto.

Le constatazioni fatte — e presentate alla Société médicales des Hôpitaux de Paris (*Bulletin*, n. 38, 1921) — sono assai interessanti: esse mostrano che la disposizione patologica, argomento della comunicazione, è relativamente frequente nei tubercolosi: in 300 casi, per 10 volte hanno gli AA. constatato deviazioni forti della trachea verso sinistra e verso destra in proporzioni uguali. Tale fatto fu accertato con radioscopie, radiografie, ortodiagrafie e talora con il controllo necroscopico.

Nel primo caso esaminato, l'esame radioscopico in una tubercolosi polmonare a lenta evoluzione, mostrò una forte retrazione dell'emitorace destro con immagini cavitarie e marmorizzazione nel polmone destro e sinistro. Deviazione tracheale accentuata; la trachea descrive una curva a convessità destra il cui culmine incrocia la clavicola al di là dell'articolazione sterno-clavicolare destra.

Clinicamente si può affondare il dito nello spazio soprasternale, raggiungere il piano vertebrale, senza incontrare il dotto aereo che si riscontra spostato in fuori verso lo sterno cleido mastoideo d.

All'autopsia si riscontrò una sinfisi pleurica quasi completa: numerosi gangli caseosi vicino al tronco brachiocefalico destro. La trachea — e l'esofago con essa solidale — descrivono una curva marcata a convessità destra, distante più di 3 cm. dalla linea mediana.

Nel secondo caso alla radioscopia si nota: oscurità dell'apice d.; larga caverna sotto la clavicola; campo polmonare marmorizzato; deviazione angolare della trachea verso d.

Identica deviazione gli AA. notano in altri 5 casi.

Nell'ottavo caso, sessantreenne, l'esame radioscopico rivela:

Opacità del campo polmonare sinistro con presenza di immagini a nido d'ape. Emitorace sinistro retratto, ombra cardio-aortica considerevolmente deviata a sinistra, deviazione tracheale estesa dalla 7ª cervicale alla 5ª dorsale con visibilità della biforcazione tracheale nel terzo interno del polmone sinistro.

Altra deviazione tracheale sinistra viene constatata in una ventunenne trattata con il pneumotorace artificiale, ed in una quarantaduenne. Le osservazioni suesposte mostrano la relativa frequenza delle deviazioni della trachea nel corso della tubercolosi polmonare cronica; la radioscopia fa interpretare i segni dati dall'esame obiettivo dei malati.

La deviazione della trachea è rivelata dall'esistenza nella parte interna delle fosse sottoclavicolari e sopraspinose, di un soffio in due tempi, intenso, il quale fa credere all'esistenza di una caverna, tanto più che i rantoli umidi, quasi sempre coesistenti nella vicina regione polmonare, sembrano trasmessi con maggiore intensità. Però la palpazione del cavo soprasternale mostra che già esiste un cambiamento di direzione della trachea alla base del collo (in certi casi marcati la punta del dito s'infossa direttamente fino al piano vertebrale). Inoltre esiste sempre una retrazione dell'emitorace corrispondente ed uno spostamento del mediastino dal medesimo lato, apprezzabile per lo spostamento della punta del cuore.

Discutendo la patogenesi di queste deviazioni tracheali gli AA. affermano che nei casi più tipici causa ne è un processo di sclerosi cortico-pleurale primitivo: nell'anamnesi infatti si trova quasi sempre l'esistenza di pleuriti sia secche che umide ed all'esame del malato si nota una retrazione toracica. La radioscopia mostra un'ombra diffusa di ispessimento pleurico, i movimenti del diaframma sono limitati, i seni non si rischiarano, tutto il mediastino è attratto dal lato malato in modo che la trachea è abitualmente rettilinea: in quasi tutti questi casi l'esofago accompagna la trachea nella sua escursione patologica.

In un'altra categoria di casi la deviazione della trachea si stabilisce in seguito a tralci fibrosi formantisi intorno ad una caverna ad evoluzione lenta e sclerosa o, forse, per la sclerosi dell'interlobo superiore allorchè si tratta del polmone destro. In quest'utimi casi la deviazione tracheale, invece di essere rettilinea è angolare, e può o no accompagnarsi con una deviazione esofagea.

Si possono tuttavia avere delle forme miste.

Laubry e S. Bloch hanno osservato una netta deviazione tracheale in una probabile sifilide polmonare. Per questi autori è evidente che la tubercolosi non è la sola affezione responsabile di deviazione tracheale, ma causa ne può essere ogni affezione realizzante un processo fibroso, come può avvenire nella sifilide: ogni deviazione tracheale implica la predominanza di una sclerosi cicatriziale che si comporta verso la trachea come verso tutto il contenuto del mediastino.

Le osservazioni di Delille, Mallet, Hillemand e Lestocquoy, mostrano che spesso ad una deviazione della trachea, corrisponde analoga deviazione dell'esofago: in alcuni casi di tubercolosi polmonare cronica l'esame radiologico dell'esofago dopo l'ingestione del bismuto, mostra lo spostamento dell'esofago.

Queste deviazioni esofagee possono spiegare alcuni fatti di disfagia che si osservano talora nei tubercolosi. MONTELEONE.

MEDICINA.

Dell'impiego del metilarsinato di sodio ad alte dosi in medicina.

(H. MARÉCHAL. *Revue de Médecine*, maggio 1921).

Il cacodilato e il metilarsinato costituiscono ancora la base terapeutica di varie affezioni morbose e di stati astenici.

La loro azione sembra che si esplichi, per la necessità in cui si trovano alcune glandole, come la tiroide, di avere a loro disposizione una certa quantità di arsenico, per la loro normale funzione. La efficacia terapeutica delle alte dosi è dovuta al contenuto in arsenico e alla lieve tossicità e alla possibilità di avere un'azione tossica, un'azione antiparassitaria e un'azione modificatrice della pelle, maggiore di quella fin ora conosciute.

L'impiego inoltre delle dosi massime ci ha rivelato una nuova proprietà dell'arsenico, la sua azione sulle contratture muscolari, che fin ora non si era riusciti a vincere con altri mezzi. M. Sicard ed altri avevano trovato nell'arsenobenzolo un mezzo di vincere le contratture, ma non senza lievi inconvenienti: come la produzione di nevriti periferiche. Circa le dosi impiegate e la durata del trattamento sono essenzialmente variabili secondo il malato, secondo la malattia e i risultati cercati.

L'A. nelle sue ricerche ha usato una soluzione concentrata a 50 per cento per iniezioni intravenose, incominciando da una dose di 50 cg. a 1 gr. di cacodilato, dose sempre ben tollerata, e aumentando ogni cinque giorni di 50 cg. e 1 gr. della dose precedentemente impiegata, progressivamente crescendo fino a 5 o 6 gr. per la durata di un mese. Le reazioni dell'organismo davanti le enormi dosi di metilarsinato sono estremamente variabili secondo gli individui, però non si son mai constatati

degli accidenti e se ciò non è avvenuto è perchè i metilarsinati sono arseniorganici, che non hanno proprio nulla a che vedere dal punto di vista della tossicità con gli arseni minerali, di cui si conoscono i tristi misfatti.

Le più comuni reazioni dell'organismo osservate nel trattamento intensivo di cacodilato sono state talvolta cefalea, obsurbilamento, ronzii alle orecchie, vertigini, diarrea, non in rapporto con la quantità di cacodilato, dacchè alcune volte si sono manifestate anche alla prima iniezione di 50 cg. Niquet ha osservato emateuresi; Levrat, entema; P. Ravaut pigmentazione e dei fenomeni di eccitazione cerebrale, scomparsi in 15 giorni.

Non si è mai constatato una azione nociva sul fegato o sul rene.

L'eliminazione del farmaco è rapida e si trova senza alterazioni nell'urina. Le affezioni cui le alte dosi di cacodilato sono state impiegate è lungi dal raggiungere tutte quelle cui è stato propinato l'arsenico.

Nella tubercolosi in generale e specie nelle forme polmonari, con iniezioni sottocutanee giornaliere di 30 cg. nella maggioranza dei casi l'appetito è aumentato, lo stato generale risollevato, la secrezione bronchiale diminuita, la dispnea attenuata. Controindicato è tal metodo nel caso di forme febbrili intense, di enterite, di nefrite.

Nella sifilide si sono ottenuti dei risultati molto mediocri, le lesioni secondarie si sono modificate molto lentamente e superficialmente; la reazione di Wassermann non ha subito alcuna influenza, si che è impossibile con l'alte dosi di cacodilato rimpiazzare l'arsenobenzolo e ciò forse è dovuto alla sua speciale composizione chimica.

Nella malaria si hanno avuti utilissimi risultati, specie col trattamento misto arsenochinino; che Ravaut pratica nel modo seguente: per due giorni chinino alla dose di un grammo al giorno per altri due di cacodilato alla dose di un gr. e così di seguito per un mese, quindi 10 giorni di riposo e poi nuovo periodo di cura per 20 giorni.

Nella dermatosi e specie nelle psoriasi i risultati sono stati molto favorevoli, il prurito, a volte sì intenso, è scomparso o sensibilmente diminuito.

L'eritema indurito di Bazin e l'eritema nodoso reagiscono ammirevolmente alle dosi medie i 1 a 3 gr. e così anche l'eczema ribelle e il prurigo.

Nelle crisi dolorose della tabe, come nelle contratture muscolari sia nell'emiplegia organica, sia nella malattia di Parkinson si sono avuti dei risultati del tutto incoraggianti, nonchè nella corea di Sydenham.

Ma in un gran numero di affezioni bisognerebbe ancora tentarlo e chi sa se non si potrebbe avere nel metilarsinato ad alte dosi un mezzo di azione nel reumatismo deformante, nel rachitismo, nell'infantilismo, nella gotta, nel cancro. Certo è una pratica terapeutica, che meriterebbe per la sua innocuità esser molto ben accetta ai medici e agli ammalati.

FAUSTO AMANTEA.

CHIRURGIA.

La cura dei tumori cerebrali.

(W. E. DANDY. *The Journ. of the American Medic. Association.* Vol. 77, n. 24, dicembre 1921).

La cura dei tumori cerebrali deve risorgere su nuove basi: se i progressi finora conseguiti in questa difficile branca della medicina e chirurgia sono meno che modesti, lo si deve al fatto che essi sono più il frutto di ardimenti personali, di tentativi empirici che la logica conseguenza di premesse scientifiche. Vero è che il problema diagnostico riesce oltremodo difficile data la considerevole estensione delle cosidette zone mute, ma altrettanto ingiustificata è una craniotomia esplorativa basata su delle semplici ipotesi, la quale non conduce a risultati positivi e genera infine nell'animo del chirurgo e dell'osservatore sfiducia e disillusione. D'altronde buona parte dei tumori sono infiltranti e quindi non enucleabili: altri non possono essere asportati senza rendere l'individuo un peso a sè stesso e alla società.

Due sono dunque i punti capitali sui quali si deve insistere: un'esatta localizzazione e una diagnosi precoce. Passando rapidamente in rassegna i metodi curativi fin'oggi seguiti si può dire che la *decompressione* non ha mai lo scopo di guarire il paziente, nè i vantaggi che essa offre sono tali da giustificare — salvo casi rari e urgentissimi — i danni (aderenze, necrosi) e i pericoli, ai quali viene esposto il cervello decompresso, sempre, anche quando ciò non si manifesti con sintomi conclamati.

Quando la pressione endocranica è alta, grande è il pericolo della *decompressione suboccipitale.* Un grande numero di pazienti ne muore immediatamente. Gli effetti sono quanto mai diversi a seconda la sede, la posizione, la natura del tumore. Se esso è localizzato al di sopra del *tentorium* nessun giovamento potrà venire al paziente, chè anzi ne potrà residuare una paresi o paralisi temporanea o permanente dei nervi oculari, del VII, VIII, o dei

fasci piramidali dell'uno o dell'altro lato. D'altra parte se la posizione del tumore è tale che l'acquedotto di Silvio ne viene compresso e se la decompressione non ha efficacia sulla posizione del tumore stesso, l'idrocefalo persisterà con tutti i suoi effetti. Solo se il neoplasma è cerebellare la decompressione sortirà il suo effetto poichè sarà dato ad esso di espandersi e l'acquedotto coi forami di Magendie e di Luscka potranno provvedere di nuovo allo scarico del liquido cefalo-rachideo, fin tanto che il loro lume reso pervio di nuovo dalla decompressione non risulti nuovamente obliterato dall'aumento progressivo del neoplasma.

Altro grave errore è quello di eseguire in ogni caso una *decompressione subtemporale* dal momento che quasi la metà dei tumori cerebrali risiedono in vicinanza dei peduncoli cerebrali o nel cervelletto: si comprende come in tal caso nessun sollievo possa sul serio essere arrecato al paziente considerando l'impervietà degli sbocchi del liquido cefalo-rachideo.

Spesso la decompressione non risolve nulla e se il malato non protesta — aggiunge il Dandy — gli è perchè è veramente malato ed incosciente, mentre che se la causa del male fosse stata aggredita direttamente, e si tratta per lo più di una cisti cerebellare, la vita del paziente ne sarebbe rimasta risparmiata. Così nell'idrocefalo unilaterale dei ventricoli cerebrali nei quali nulla risolve la decompressione. Ma v'è di peggio. Quando il tumore si accompagna solo ad un aumento di pressione senza aver dato alcun sintoma di localizzazione, la decompressione giova effettivamente in un primo tempo, ma questi pazienti tornano tutti invariabilmente dal chirurgo e peggiorati perchè intanto il tumore ha avuto modo e maniera di manifestarsi con qualche sintoma, a focolaio, Il chirurgo quindi non viene risparmiato da giudizi tutt'altro che favorevoli, e d'altra parte si è tralasciato il tempo utile per una operazione radicale. La *craniotomia esploratrice* potrà offrire il massimo sollievo a quei pazienti nei quali è evidente, siano affetti da un tumore ritenuto inoperabile. Ma neanche in questo caso andrebbe eseguita, quando coesista e per le ragioni anzidette, un idrocefalo.

La puntura del corpo calloso è basata su premesse false poichè il liquido passato nello spazio subdurale non può essere assorbito da una membrana avascolare e il tramite come ogni ferita, si dovrà fatalmente richiudere in breve tempo.

La puntura lombare nei tumori cerebrali è spesso seguita da morte perchè la massa encefalica spinta dalla stessa aumentata pressione preme sulla *medulla* la quale non può sfuggire allo schiacciamento contenuta com'è in pareti ossee. E meglio sostituirla con una *puntura ventricolare* quando per la precisione diagnostica si richiede inevitabilmente un esame di liquido c. r. Essa va sempre fatta prima di procedere alla iniezione di aria per via lombare.

La puntura ventricolare è manovra facilmente eseguibile sotto anestesia locale negli adulti e ancor più nei bambini, ma essa va sempre eseguita a scopo diagnostico e non curativo.

L'unico pericolo che offre è l'emorragia ventricolare consecutiva. Presentemente si esegue la puntura per stabilire la diagnosi, assai difficile in verità, di idrocefalo. Nel giudizio, più che giudicare dalla quantità di liquido estratto, è prudente regolarsi dallo spessore di sostanza cerebrale attraversata.

Quale deve essere dunque la condotta da tenere nella cura dei tumori cerebrali? La risposta si può riassumere in due parole. Esatta localizzazione e operazione precoce. Innanzi tutto bisogna ricordare come tra tutti i tumori, in genere, quelli del cervello occupino il terzo posto, subito dopo quelli della mammella e dell'utero. La diagnosi assai facile o assai difficile deve venir resa possibile da un accurato esame neurologico e radiologico preceduti da un'accurata anamnesi. Se queste ricerche non bastassero, e ciò si verifica nel 50 % dei casi, la questione verrà risolta colla ventricolografia. Su 200 localizzazioni raggiunte con questo mezzo di indagine, neanche una fu riscontrata inesatta all'operazione e furono così asportati tumori apparentemente inoperabili. Occorre cadere direttamente sulla regione da operare che dev'essere messa bene in vista. In questo modo ogni parte del cervello potrà essere aggredita. È stato possibile asportare anche interi lobi con il relativo ventricolo. Bisogna assolutamente usare una grandissima delicatezza nelle manovre operatorie. La mortalità postoperatoria dipende da un aumento acuto della pressione endocranica dovuta in parte alle manovre operative. La decompressione può essere eseguita dunque solamente in quei casi nei quali la estirpazione è resa impossibile dal carattere infiltrante del neoplasma o dall'importanza della zona (area motrice o del linguaggio) che dovrebbe essere asportata e naturalmente in quei casi nei quali è presupponibile che tale manovra rechi giovamento al paziente.

E. MINGAZZINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. FUMAROLA. *Diagnostica delle malattie del sistema nervoso.* Un volume di 336 pagine con 175 figure intercalate nel testo e 8 tavole a colori. Prezzo L. 42.00. Editore: L. Pozzi, Roma.

Il libro pubblicato dal dott. prof. Fumarola, più che di diagnostica è trattato di Semeiotica, nel più rigoroso senso della parola. Non discussioni interpetrative dei sintomi delle malattie nervose, ma la semplice e precisa esposizione dei segni delle malattie nervose, e dei metodi per ricercarli, documentata da una quantità straordinariamente grande, come forse in nessun altro trattato di Semeiotica, di figure, in cui pare in ogni capitolo e in ogni descrizione di trovarsi dinanzi all'infermo del quale si raccolgono i sintomi.

La Semeiotica delle malattie nervose la si può concepire in due modi, o sotto un doppio aspetto: descrivere i sintomi, interpetrarne la origine e il meccanismo, dimostrare la regione anatomica alla quale il sintomo si riferisce, e ricordare le malattie nelle quali il sintomo si riscontra più frequentemente. A questo criterio fu ispirato il libro di Semeiotica pubblicato da me per i tipi Vallardi di Milano nel 1889, e di cui per molte ragioni, sopratutto nei rapporti con l'Editore, non ho mai più voluto pubblicare le edizioni successive. Tipo moderno di una Semeiotica così concepita è l'ultima edizione della Semeiotica del Déjerine. Il secondo metodo è quello di studiare e di dimostrare il sintomo in tutti i suoi particolari, come si rileva sull'ammalato, descrivendo con precisione di parole, di figure e di disegni, i metodi che si devono adoperare per ricercare i sintomi; è il tipo di Semeiotica adottato dal prof. Fumarola, il quale ha reso un servigio di un indiscutibile valore alla pratica medica, in quanto appresta al medico la conoscenza dei metodi di esame e del valore pratico dei fenomeni. Questo libro che viene pubblicato sotto l'autorevole raccomandazione del prof. Mingazzini, il quale vi ha contribuito con due interessanti articoli, è davvero di una grande utilità pratica sopratutto per i medici generici, i quali non hanno e non hanno avuto occasione di vedere, durante i corsi universitarii, un notevole numero di malati. Vanno sopratutto ricordati i capitoli sull'anamnesi e sull'esame della motilità, il quale ultimo essendo il più completo ed il meglio documentato offre una guida sicura al medico che si accinge all'esame neurologico di un infermo. Meno sviluppati sono alcuni altri capitoli, specialmente quelli sulle afasie e sulla ricerca dei disturbi psichici. Molto più interessanti e istruttivi i capitoli sull'esame delle prassie e sull'esame elettrico.

Il libro di Semeiotica del Fumarola è un'opera di una grande utilità pratica, colma una lacuna nella letteratura medica italiana e non può non conseguire un legittimo successo.

Prof. LEONARDO BIANCHI.

Harrower's monographs on the internal secretions: Neurasthenia. Un vol. in-8 di 90 pag., edito da H. Harrower Gleudale (California), 1921. — Prezzo dollari 1.50.

Il concetto informatore del libro è che la neurastenia si presenta come un complesso sintomatico non bene definito, risultante da vari fattori eziologici; i fattori più importanti per lo sviluppo della sindrome neurastenica sono da ricercarsi nel sistema endocrino; surreni, tiroide, ghiandole sessuali, ecc. Vengono in seguito esaminati i tipi clinici, la diagnosi, i trattamenti, fra cui principalmente quello organo-terapico. *fil.*

PARKES WEBER. *Polycythaemia, Eritrocytosis and Erythraemia.* (In-4, pag. VIII-148. — Lewis e C., Londra, 1921. — Sh. 21).

La sindrome, che l'A. ha trattato in questa monografia, non ha ancora limiti bene definiti in patologia: questo senso di incertezze si rivela anche nel titolo del libro, cui infatti è aggiunto come sottotitolo: « Malattia di Vaquez-Osler ».

La materia del lavoro era già stata dall'A. trattata nel 1908, su periodici; egli ora la riprende, la completa e sopratutto la aggiorna.

L'esposizione comprende, oltre la descrizione clinica dei quadri morbosi, la discussione eziologica e patogenetica, l'indirizzo curativo e una larghissima letteratura, con molti dei casi fin'oggi pubblicati riferiti in sunto.

È dunque un lavoro monografico quasi completo, fatto da un competente, che ha studiato l'argomento non solo con passione, ma con accurata pazienza. *g. sabatini.*

JOLTRAIN ED. *La Peste. Etiologie, Formes cliniques - Prophylaxie - Traitement.* Un vol. in-16 di 184 pag. con 15 fig. A. Maloine et Fils, Parigi 1921. — Prezzo 8 frs.

Una delle cause per cui la peste si può propagare nei nostri paesi è l'ignoranza circa i dati più elementari sul modo con cui tale malattia si presenta e si estende. La si misconosce per parecchio tempo (i casi del 1920 di Parigi ne sono una nuova dimostrazione), si esita a fare una diagnosi di certezza, a dichia-

rarla ufficialmente, a prendere tutte le responsabilità di un tale atto.

L'A. che ha avuto occasione di studiare accuratamente l'epidemia parigina, ha appunto avuto presente le necessità che i pratici possono avere idee chiare e precise sul modo di presentarsi e di diffondersi della peste. Punta erudizione e non molta batteriologia, insiste invece l'A. sull'eziologia, sulle forme cliniche, sintomi e complicazioni, sulla diagnosi, profilassi e cura. La lettura del piccolo manuale sarà assai utile per il medico pratico e per gli igienisti e per quanti abbiano occasione di trattare ammalati pestosi. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche in Milano.

Seduta ordinaria del 10 marzo.
Presidenza: Dott. V. RONCHETTI, vice-presidente.

Sindromi tardive dell'encefalite epidemica.

G. STRADIOTTI. — Si intrattiene sulla valutazione prognostica dell'encefalite epidemica (58 osservazioni) rilevando la frequenza e la gravità delle riprese evolutive talora mortali; la completa *restitutio ad integrum* è da considerarsi come un fatto eccezionale. Tratta diffusamente dei *disturbi della sfera psico-morale* nei vecchi encefalitici insistendo sopratutto sul frequente intreccio di turbe isteronevrasteniche coi fenomeni organici proprii della malattia. Ha rivolto speciale attenzione all'*attività onirica* a volte esaltata, a volte abolita. Analizza le *turbe del linguaggio* rilevandone i varii gradi e le modalità diverse (anartria, laconismo, perdita del senso della prosodia, voce unitonale, ecc.). Tratta poi delle *mioclonie* dolorose e non dolorose che talvolta vide di tipo nettamente radicolare e ne discute la patogenesi propendendo per la loro origine dal neurone periferico. Fra i *disturbi sensitivi* segnala due casi di profonda ipoestesia termica, dolorifica ed elettrica diffusa a tutta la superficie del corpo ed alle mucose che, malgrado le apparenze siringomieliche, interpreta come fenomeno d'origine talamica. In un caso notò la perdita del senso della fatica, mentre di solito la malattia s'accompagna a profonda amiostenia. Illustra poi disturbi della *sfera genitale* ed una speciale intolleranza per gli alcoolici che con modalità diverse ha potuto accertare in un certo numero di vecchi encefalitici.

Sui caratteri clinici della recente epidemia influenzale e sulle sue manifestazioni encefalitiche.

L. MONCALVI. — Oltre alle ordinarie complicazioni bronco-polmonari e pleuriche, che diedero quasi esse sole un contributo alla mortalità, furono anche frequenti nell'ultima epidemia influenzale le manifestazioni nervose, e non solo nelle forme asteniche e nevralgiche più comuni o nella forma di singhiozzo monosintomatico, ma anche in quelle forme mesoencefalitiche ed encefalo-mielitiche, conclamate o fruste, che passano sotto il nome di encefalite letargica. L'O. riporta sei casi recenti di encefalite a sindrome varia ma in prevalenza del tipo letargico-oftalmoplegico, frequente nell'ultima pandemia influenzale. L'odierna ricomparsa della cosidetta encefalite epidemica insieme all'influenza, dovrebbe dimostrare che tra le due forme morbose esistono legami molto stretti.

Le cosidette «sincinesie» sono un prodotto di imprecisa osservazione e non hanno alcun valore diagnostico.

A. TRUFFI. — L'O. si limita per ora a chiarire un errore del titolo, nel senso che le sincinesie non dimostrano affatto essere in gioco un fatto di automatismo midollare. Risulta dalle sue osservazioni che le sincinesie non sono in alcuni casi che puri e semplici movimenti già possibili volontariamente; in altri, effetto piuttosto di insufficienza di determinati gruppi muscolari.

Seduta ordinaria del 24 marzo.
Presidenza: Prof. B. ROSSI, presidente.

Sulla resezione gastrica.

B. ROSSI. — Porta il contributo di 39 casi operati nell'ultimo triennio e presenta strumenti da lui ideati per la semplificazione dell'atto operativo.

Osservazioni intorno alla sintomatologia e all'eziologia della sclerosi e placche disseminate.

E. MEDEA. — Sulla base di 48 casi, di diagnosi sicura, studiati nel comparto nevrologico dell'Ospedale Maggiore, l'O. riferisce sulla sintomatologia e l'eziologia della sclerosi a placche.

Ha trovato spesso disturbi della sensibilità e specialmente della sensibilità vibratoria: decorso a durata assai variabile, frequenti le remissioni, in un caso quasi raggiunta la guarigione clinica. Interessante, per la sua rarità, un caso, di 77 anni.

Dal punto di vista dell'eziologia non mai dimostrabili rapporti con la lues acquisita o ereditaria: trauma in un sol caso; in 5 casi malattie infettive pregresse; nella grandissima maggioranza dei casi mancanza di ogni tara ereditaria; in un sol caso inversione dei caratteri sessuali secondarii. Non mai morsicature di zecche.

Concludendo: dai casi osservati l'O. non può parlare di un rapporto dimostrato con particolari mestieri, intossicazioni o altre cause; ritiene probabile che nella provocazione della sclerosi a placche debba entrare l'elemento esogeno (anche in base ai dati del reperto anatomo-patologico) senza però poter negare l'importanza di un elemento di predisposizione costituzionale sia pure non dimostrabile.

Dal punto di vista terapeutico l'O. ritiene di poter consigliare di preferenza il trattamento argentico (collargolo, e lettrargolo e simili).

In altra seduta riferirà intorno a quattro casi di sclerosi a placche studiati dal punto di vista anatomo-patologico.

Rilievi statistici clinici sulla malaria infantile in Milano.

C. PESTALOZZA. — L'O., in base a dati statistici raccolti sul materiale clinico e all'ambulatorio della clinica pediatrica e dell'ospedale dei bambini, afferma di aver riscontrato un sensibile aumento dei casi di malaria infantile negli ultimi tre anni: aumento che egli ritiene in rapporto con due fattori: 1° l'esistenza di una zona malarica in Milano all'esterno della vecchia Porta Romana; 2° il ritorno alle loro case dei malarici di guerra. Da questi dati, mette in rilievo l'importanza di una pronta e veramente efficace bonifica umana, specialmente dei malarici di guerra.

La reazione iodofila nel pus blenorragico.

A. CROSTI. — La reazione è sempre presente nel pus blenorragico sotto forma di granuli e di zolle. I leucociti neutrofili ne sono gli ordinari portatori; quelli però che presentano nel loro interno gonococchi sono privi di iodofilia. La reazione si può trovare anche in linfociti ed epitelii. La sostanza iodofila si deve ritenere di natura glicogenica. La reazione è più accentuata negli stadi acuti che nei cronici, in questi stadi è quasi unicamente a zolle. Non è legata nel pus blenorragico e speciali localizzazioni della malattia (uretra posteriore, prostata). Non è neppure specifica dell'infezione gonococcica ed ha quindi scarso valore diagnostico e prognostico nell'infezione blenorragica.

C. VALLARDI.

Società Medica Chirurgica di Bologna.
Comunicazioni scientifiche del 1921.

Crisi nitritoidi e difetti di fabbricazione degli arsenobenzoli.

F. DE NAPOLI. — (Pubblicato integralmente su questa Sezione; vedi fasc. 14, pag. 441).

G. LUCCHETTI. — Sullo stesso argomento ha presentato il 17 dicembre 1921 una relazione alla 18ª riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia in Roma, e qui richiama i molteplici fenomeni annoverati dagli AA. sotto il nome di crisi nitritoide, e le numerose ipotesi su la sua eziologia.

Annuncia che nell'estate scorsa ha trovato le serie B 39355 e B 39331 di neosalvarsan Meister Lucius, capaci di provocare la crisi in tutti i pazienti, con la somministrazione endovenosa. Sempre la crisi si mostrò immediata, con fenomenologia lieve, della durata da due a dieci minuti, si dileguò senza la necessità di intervento e senza lasciare postumi. L'O. espone dati di fatto valevoli a mettere fuori di discussione lo stato o il temperamento del malato, la dose e la tecnica come fattori della crisi. E poichè sopra diecimila iniezioni endovenose di 606 e di neoprodotti relativi da egli fino ad oggi compiute, non ebbe a lamentare fenomeni vasomotori che appena sei volte, si ritiene autorizzato che nei suoi casi sopra denunciati la crisi nitritoide debba attribuirsi ad una difettosa composizione chimica del medicamento. Intanto, rispetto alla reazione, il neosalvarsan incriminato si mostrò qualche volta lievemente acido, mentre quello non incriminato apparve sempre neutro o lievissimamente alcalino. Ha in corso indagini sperimentali sul grado di tossicità delle fiale incriminate.

Nefrite cronica ematurica unilaterale.

G. CAVINA. — Riferisce un caso, operato con successo da alcuni mesi, nel quale l'unico sintomo morboso importante era rappresentato da una ematuria profusa e persistente, che si mostrò provenire esclusivamente dal rene destro. Il rene asportato era d'aspetto quasi normale, ma istologicamente mostrò glomerulite cronica, emorragie diffuse nella s. midollare, pielite papillare e cistica. Per l'associazione di queste lesioni del bacinetto a quelle proprie del parenchima renale (fatto finora rilevato in un numero assai ristretto di osservazioni), il Cavina crede convenire al caso sopra riferito la denominazione recentemente proposta dal Taddei di «pielo-glomerulo-nefrite cronica».

Corpo estraneo nel duodeno. Estrazione. Guarigione.

A. PIGNATTI. — Ha operato un bambino di sette anni di duodenotomia, per estrarre un chiodo lungo quattro centimetri ingoiato accidentalmente cinque giorni prima. Il bimbo guarì e fu dimesso in decima giornata.

Corpi mobili nell'articolazione del ginocchio.

A. POLLIDORI. — Descrive il caso di un uomo di 24 anni, che circa da una diecina di anni subiva frequentemente il blocco dell'articolazione del ginocchio sinistro, che allora aveva subito varî traumi. L'intervento operatorio spiegò le ombre radiografiche, mostrando un corpo articolare fissato al legamento crociato anteriore, e un altro libero nella cavità articolare, situato posteriormente. Entrambi erano costituiti di cartilagine ed osso, e della loro costituzione istologica il disserente riferisce il reperto, per concludere che essi devono essere considerati di natura traumatica.

GUIDO M. PICCININI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Transitoria e intensa cianosi da mescolanza dei sangui nel neonato.

Perchè nel neonato il forame ovale rimanga chiuso, è necessario che nell'orecchietta sinistra esista una pressione per lo meno eguale a quella dell'orecchietta destra. Al momento della nascita la metà destra del cuore è più ampia e più forte della metà sinistra; a poco a poco tale rapporto si inverte. Se ora per una qualche ragione l'orecchietta sinistra, già fisiologicamente più debole, si contrae con minore energia, oppure se (il caso più frequente) aumenta la pressione nel cuore destro, il forame ovale si apre e lascia passare il sangue dall'orecchietta destra a quella sinistra provocando la cianosi da mescolanza.

La cianosi da mescolanza può essere presente già alla nascita, oppure comparire più tardi. Si riconosce facilmente per il colorito intensamente azzurro-violetto della cute. La inefficacia terapeutica delle inalazioni di ossigeno e degli stimoli respiratorî esclude qualsiasi disturbo della ventilazione polmonare. Il reperto percussorio e ascoltatorio del cuore perfettamente normale non permette di escludere l'esistenza di un vizio cardiaco; sarà a tale riguardo decisiva la scomparsa della cianosi dopo pochi giorni e l'assenza di rumori e disturbi cardiaci nella vita ulteriore. L'A. riferisce 2 casi di cianosi da mescolanza guariti spontaneamente dopo breve tempo; il cuore era normale in tutti e due i casi (percussione, ascoltazione, radioscopia).

Esistono 3 forme di cianosi da mescolanza, che si osservano o alla nascita o nei primi 5 giorni di vita.

1° Gruppo: esiste un vizio cardiaco tale da rendere inevitabile la mescolanza di sangue arterioso e venoso. Questi neonati non possono guarire dalla cianosi.

2° Gruppo: esiste un vizio cardiaco (di solito stenosi della tricuspide o polmonare) per cui l'aumento di pressione del cuore destro provoca la cianosi da mescolanza, che però sparisce non appena il rinforzo fisiologico del cuore sinistro è tale da equilibrare la pressione esistente nel cuore destro; la progressiva obliterazione del forame ovale rende impossibile una ricaduta.

3° Gruppo: la cianosi da mescolanza è dovuta a squilibrio di pressione, senza che esista un vizio cardiaco.

È importante conoscere l'esistenza di questo ultimo gruppo onde evitare delle diagnosi pessimistiche.

(F. GÖPPERT. *Münchn. med. Wochenschrift*, n. 52, 1921). POLLITZER.

Trattamento dell'aritmia completa con il solfato di chinidina.

Dall'esperienza fatta su 24 casi di aritmia completa e con il controllo elettrocardiografico dei risultati constatati clinicamente, Clerc e Deschamps (*Bulletins, etc.*, Soc. Méd. des Hôpitaux, 1922, pag. 453) traggono le seguenti conclusioni:

D'accordo con quelle degli altri autori, le ricerche di Clerc e Deschamps hanno mostrato che sono quasi sovrapponibili le azioni della chinidina e della chinina: ambedue diminuiscono l'eccitabilità del miocardio e la sua conducibilità per giungere fino a paralizzarlo, ambedue hanno lo stesso antagonismo rispetto alla digitale, uabaina, adrenalina, nicotina, ecc. La vera distinzione sta nell'attività indiscutibilmente più grande della chinidina dovuta senza dubbio alla sua più grande solubilità nell'acqua e, forse, anche alla sua più grande tossicità. Gli AA. hanno usato il solfato di chinidina in compresse di gr. 0.20; somministrato a pazienti sottoposti prima a cura digitalinica (5-10 gocce quotidiane per 5 giorni). La cura non era applicata nei malati con edemi generalizzati o con segni di insufficienza cardiaca troppo accentuata.

La chinidina era somministrata nel primo giorno nella dose di gr. 0.40, nel secondo di gr. 0.80, nel terzo di gr. 1, poi gr. 1.40, dose questa mantenuta durante parecchi giorni, raramente però sorpassando i 5-6 gr. per la cura completa.

La cura era sospesa se alla fine di una settimana non si aveva alcun miglioramento.

Nei casi favorevoli, numerosi a prima vista, si assiste fra i 5 e i 6 giorni al rallentamento del cuore e, specialmente, al ristabilimento del ritmo normale: i tracciati mostrano di nuovo gli incidenti caratteristici ventricolari nel mentre riprende il suo posto l'onda P. Talora all'inizio si nota un periodo di tachicardia paradossale.

Fra i malati degli AA. la guarigione si è mantenuta solo in 4: in questi la regolarizzazione del ritmo si è accompagnata il più sovente ad un notevole miglioramento dei disturbi subiettivi.

Nei casi sfavorevoli l'insuccesso è da attribuirsi talora all'inefficacia del medicamento,

talora alla sua azione nociva (esagerazione dei fenomeni di insufficienza cardiaca, ovvero vomiti, sincopi, diarree). Un malato, soggetto a crisi ripetute di asistolia, è morto nell'8° giorno di cura.

La cura non va quindi raccomandata in quei soggetti presentanti edemi o stasi venosa e reagenti in misura imperfetta all'azione della digitale.

La natura delle lesioni non ci illumina: nei 5 casi considerati ad esito favorevole dagli AA. si nota: una aortite con lesione doppia, due stenosi mitraliche, due aritmie complete senza lesioni.

Ribelli sono sembrate le aritmie inveterate o permanenti.

L'efficacia della chinidina viene preannunziata dalla felice influenza del trattamento digitalico preparatorio sul rallentamento del cuore e sulla diuresi. L'intolleranza del medicamento può manifestarsi fin dal principio, donde la necessità di cominciare con piccole dosi. Non bisogna sorpassare i gr. 1.20 o 1.50 *pro die*. Anche dopo la guarigione si continuerà a somministrare piccole dosi di tanto in tanto.

Come conclusioni gli AA. credono all'efficacia del medicamento il quale fornisce ottimi risultati in casi nei quali sono falliti altri agenti terapeutici: la proporzione del 50-60 % di risultati favorevoli, ammessa generalmente, sembra al Clerc e Deschamps più apparente che reale: non basta che cessi l'aritmia, occorre che la regolarizzazione si mantenga; è perciò che prendendo in considerazione questi ultimi casi si riducono le statistiche a cifre molto più basse.

La terapia chinidinica deve ancora esser assoggettata a studi che precisino meglio le sue indicazioni, deve esser ben controllata dai tracciati elettrocardiografici ripetuti, deve essere strettamente sorvegliata nelle sue applicazioni e sottratta ad una generalizzazione intempestiva e dannosa. MON.

Le iniezioni intracardiache.

Dappoichè Winter nel 19[illegible] preconizzò il trattamento della sincope cloroformica cardiaca con iniezioni di adrenalina nel ventricolo sinistro, furono parecchie le comunicazioni di casi di pazienti trattati con iniezioni intraventricolari di adrenalina (A. Mut, *Archivos de med., cirugia*, ecc. Madrid, 1922).

Latzko cita fra tre casi, quello di un peritonitico (da perforazione) vissuto un'altra ora dopo che, essendo cessata la respirazione e le pulsazioni cardiache, gli era stata praticata subito dopo la sincope, una iniezione intracardiaca di adrenalina.

I moderni lavori di fisiologia mostrano che fra la morte apparente del cuore — scomparsa del polso — e la morte reale, trascorre un certo intervallo che permette tentare la reviviscenza dell'organo: l'iniezione intracardiaca può dunque esser preziosa se praticata in quest'intervallo, stimato di dieci minuti: in una sua rivista Cheinisse dice però che vicino ai 19 casi con esito favorevole duraturo, havvene moltissimi certamente nei quali l'intento dell'iniezione intracardiaca è fallito.

I risultati che si ottengono con tali iniezioni dipendono molto dalla specie, dalla forma e dal quadro della lesione che determina la indicazione di un processo così eroico: si capisce perciò che costituiscono le indicazioni più precise, le sincopi da narcosi cloroformica, da grandi emorragie, da collasso traumatico, asfissia: in medicina interna l'indicazione generale del metodo è costituita dalle gravi e acute debolezze cardiache per lesione cardiaca o dei vasi, o per infezioni, sempre che gli altri mezzi non abbian dato alcun resultato e che il cuore abbia qualche forza di riserva (Schulze).

Lo Schulze inoltre, imitando Kuasner il quale ha proposto di trattare la sifilide cerebrale con iniezioni di arsenobenzoli nelle arterie carotidee, propone di trattare la sifilide o la gangrena polmonare con iniezioni di arsenobenzoli nel ventricolo destro.

Nelle iniezioni intracardiache gli autori tedeschi distinguono: 1° iniezioni intrapericardiche; 2° iniezioni intramiocardiche; 3° iniezioni intraventricolari.

L'iniezione può farsi nel ventricolo destro, nel ventricolo sinistro o nell'orecchietta destra: punto preferito è il primo: l'ago deve essere lungo per lo meno 10 cm. e fino (due millimetri). I medicamenti più usati finora sono la strofantina e l'adrenalina: la digitale ha un'azione lenta; la caffeina provoca aritmia e anche la necrosi del tessuto.

Mut descrive un caso personale nel quale, essendo sopravvenuta una sincope nel decorso di un'anestesia, fu tentata la iniezione intraventricolare: non si potè iniettare una goccia di liquido a causa di un guasto nella siringa, però con meraviglia dell'operatore bastò la puntura del cuore per far riapparire il polso e la respirazione nel paziente. L'A. perciò si pone il quesito se non basti per stimolare la contrazione cardiaca, una eccitazione meccanica o traumatica del miocardio.

Ad ogni modo, il metodo va tenuto presente nella pratica. MON.

Controllo grafico del criterio palpatorio della pressione massima nella sfigmomanometria clinica.

Mougeot e Petit (Société médic. des Hôp., 1922. *Bulletins*, n. 424) hanno voluto controllare con il metodo grafico i dati del metodo palpatorio risultati dall'uso del Riva-Rocci. Gli AA. si sono serviti di uno speciale apparecchio registrante simultaneamente ed automaticamente l'oscillogramma a livello del punto compresso (regione superiore del braccio) e le pulsazioni a valle del punto compressó; le grafiche sono state prelevate da soggetti con sistema circolatorio clinicamente normale.

Le conclusioni cui gli AA. giungono sono le seguenti:

1° Indiscutibilmente vi è nel metodo palpatorio del Riva-Rocci un errore di fatto che, al di fuori di ogni coefficiente di sensibilità d'esplorazione, di situazione anatomica, di tono vascolare, si trova moltiplicato per la distanza lineare lasciata tra il punto di esplorazione ed il punto di compressione.

2° L'antico metodo di Basch-Potain dava cifre molto più esatte poichè la palpazione avveniva in una regione anatomicamente favorevole, e in prossimità immediata dell'agente compressore di piccole dimensioni.

3° Bisogna abbandonare definitivamente gli apparecchi che esplorano lungi dal punto compresso: da prendere in considerazione invece i bracciali a duplice camera soprapposte e contigue e con separatore.

4° Il metodo ascoltatorio obbligando il medico all'esplorazione subito a valle del bracciale compressore, sopprime o riduce al minimo il dimostrato errore di fatto.

5° Il concetto della discordanza e della sovraestimazione nel metodo oscillatorio non può essere più invocato contro tale metodo.

6° La scelta deve quindi farsi nei metodi ascoltatori e oscillatori.

7° L'errore di fatto rilevato nel lavoro degli AA. trova la sua ragione nella estensibilità del segmento arterioso interposto fra la zona di compressione e quella di esplorazione; questa proprietà dell'arteria, inversa al suo tono, è una nozione banale per i fisiologi, negletta dai medici: essa ha una parte ammortizzante verso la pulsazione, la cui forza viva è diminuita dalla compressione *iuxta-massima*.

8° La misura della pressione arteriosa è un problema dinamico: la misura della pressione venosa è un problema statico. A ciascun problema spetta una speciale esplorazione strumentale.

MON.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Le funzioni del polmone.

Considerato a lungo soltanto come organo respiratorio, il polmone avrebbe invece, secondo ricerche abbastanza recenti, funzioni complesse e svariate.

H. Roger (*Presse médicale*, 1921, n. 86) ha dimostrato che esso arresta certi veleni e, mediante un processo di ossidazione, fa perdere loro una parte della tossicità; i risultati ottenuti da Roger con la stricnina, la nicotina, il carbonato d'ammonio, vennero poi confermati da Boeri, Cafiero ed altri con diverse sostanze tossiche. Questa azione però non si esercita che se il polmone respira liberamente dell'ossigeno; basta disturbare la funzione respiratoria, provocando un pneumotorace, o far respirare un gas inerte, per osservare un notevole indebolimento della funzione protettrice antitossica. Questi risultati fanno dubitare che i disturbi osservati durante una malattia polmonare non si debbano attribuire ad una semplice asfissia, ma che vi entri in parte una intossicazione d'origine polmonare.

I concetti odierni sulle secrezioni interne hanno condotto l'A. a ricercare un'eventuale azione del polmone; questo produce, a quanto sembra, una trombokinasi attiva. La polvere di polmone disseccato, applicata sopra una ferita sanguinante, arresta l'emorragia in tempo più breve che altre polveri; d'altra parte l'estirpazione del polmone (bene sopportata dalla rana) rende il sangue incoagulabile.

Assai complessi sono gli studi sulle albumine polmonari, e particolarmente significativi quelli sugli autolisati di tali albumine, i soli che hanno probabilità di passare nel sangue. Ora, mentre gli estratti di polmone fresco sono tossici per l'animale da esperimento, gli autolisati non solo perdono la tossicità, ma acquistano una nuova proprietà, quella cioè di provocare una considerevole ipertensione, con ascensione meno brusca e meno durevole di quella data dall'adrenalina. Il polmone può quindi essere classificato fra gli organi ipertensori.

Esso contiene inoltre numerosi fermenti: l'amilasi, la catalasi, fermenti glico- e proteo-litici; azione notevole esso esercita sui grassi, possedendo un vero potere lipolitico. Questo poteva essere preveduto, considerando che i grassi, passati nel dotto toracico, sono poi versati nella vena sottoclavicolare sinistra ed incontrano, come primo organo, il polmone. Nel sangue che ritorna da questo, il grasso è diminuito in proporzione di g. 0.5 per litro; ma

non si tratta solo di accumulo, bensì di vera distruzione, che può dimostrarsi tenendo in contatto grassi e tessuto polmonare. Questa funzione lipolitica, così accertata, può aprire la via a nuove esperienze, che potrebbero accertare a quali variazioni soggiace nelle diverse malattie, quale è la sua influenza sulla nutrizione, sull'obesità, sulla magrezza. Lo studio di tutte queste funzioni secondarie del polmone può condurre a risultati importanti per la patologia. *fil.*

IGIENE.

La difesa dalle polveri negli ambienti industriali.

La quantità delle polveri, che si trovano in certi ambienti industriali raggiunge cifre elevatissime. C. E. Winslow ed J. Greenburg (*Journ. of industrial Hygiene*, 1921, pag. 378) hanno fatto numerose determinazioni, usando l'apparecchio Palmer, il quale, per mezzo di un sistema, che raccoglie la polvere mediante la nebulizzazione dell'acqua, permette di ottenere dati molto più precisi che non con gli apparecchi precedentemente usati; il diametro delle particelle raccolte è di 1-10 micron.

Il numero delle particelle che si trova nell'aria pura delle campagne è di 250-1.777 per litro; in abitati cittadini si sono trovate 3.330 al pianterreno, 2.540 ad una finestra al decimo piano, 812 ad una finestra al venticinquesimo piano.

In ambienti industriali dove il problema della prevenzione della polvere è ben curato, si trovano 3.530-7.060 particelle per litro, ma tale quantità è 100-1000 volte maggiore in locali mal tenuti dove si eseguono macinazioni od abrasioni.

I rimedi contro un tale stato di cose, che rappresenta un vero pericolo per il lavoratore, consistono: nella sostituzione della lavorazione a secco con quella ad umido, nella esecuzione meccanica delle lavorazioni polverose in ambienti chiusi, nell'uso di esaustori od aspiratori da applicarsi nel punto stesso in cui si produce la polvere o nell'uso di elmetti, ovvero di respiratori da parte dei lavoratori. L'efficacia di tali metodi può venir provata mediante la determinazione quantitativa delle particelle nell'aria; non tutti però sono dovunque applicabili.

In certe industrie, come p. es. nella lavorazione del marmo e del granito, e nell'abrasione di grandi superfici con getto di sabbia, è impossibile impedire una dannosa concentrazione della polvere ed in tal caso si impone l'uso di respiratori che filtrano l'aria o di elmetti o maschere, che escludono la bocca ed il naso dall'ambiente polveroso, fornendo all'individuo aria pura. Se si combinano i due sistemi del respiratore e della maschera, si può ottenere una riduzione della polvere del 96 %; in certi casi però tale riduzione non è sufficiente, come in certe industrie in cui da 2.060.000 di particelle per litro si ottengono 82.480, concentrazione che è pur sempre dannosa; è allora consigliabile di fare arrivare nella maschera una corrente d'aria a pressione positiva, in quantità di circa 82 litri al minuto, arrivando così ad una media di 5.334 particelle per litro. È opportuno però osservare che le maschere, come i respiratori sono incomodi da portare e che spesso i lavoratori li rifiutano: ad essi quindi si ricorrerà solo quando non sia possibile fare altrimenti.

È opportuno in questi problemi fissare dei limiti, che gli AA. ritengono di stabilire come segue: depressione media nei tubi esaustori 75 mm., minima 50; velocità della corrente di aria non inferiore a 460 m. circa; peso medio delle polveri in ambienti dove si fanno lavori di limatura e di abrasione mg. 1.06 per mc., comunque non superiore a mg. 2.12 per mc., in ambienti dove si fanno lavori di macinazione, la quantità va raddoppiata; contenuto medio di particelle 7.064 per litro, non superiore a 10.596. Questi dati possono andar soggetti a revisione. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1264) All'abb. n. 3808:

Ottimo trattato è quello di LABODERIE: *L'électricité médicale en clientèle*. 2ª edizione, Editore Maloine, Parigi, 1921. P. A.

(1265) Al prof. G. P. da Palermo, abb. numero 620 (2), ai dottori R. B. da Modena, abb. n. 8847 (2) e U. S. da Laurano, abb. n. 5922:

La reazione di Sgambati è stata descritta dall'A. in questo periodico, anno 1920, fasc. 9, p. 267-268. *a. p.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Profilassi delle malattie veneree e sifilitiche.

Raccolta di dati statistici.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato ai Prefetti la seguente circolare, in data 3 maggio 1922:

«I dati che si posseggono sulla morbosità per le malattie veneree e sifilitiche, sono attualmente limitati a quelli relativi a talune grandi collettività, a coloro soltanto che cadono sotto l'osservazione dei medici di taluni Ospedali, dei Dispensari dei medici visitatori ed ai casi di sifilide da baliatico mercenario, il che non permette di determinare la reale entità del fenomeno morboso nella popolazione del Regno.

Questo Ministero riterrebbe invece particolarmente utile possedere dati meno incompleti, dai quali trarre anche maggiori elementi per l'intensificazione già avviata, di una adeguata profilassi.

Ovvie ragioni di opportunità, in relazione al segreto professionale ed alla specialità delle dette infezioni, non consentono di estendere la richiesta dei dati riflettenti le infermità, di cui trattasi, a tutti i malati, che attualmente sfuggono all'osservazione, mercè la estensione dell'obbligo della denuncia oltre i casi contemplati dalle disposizioni vigenti.

Perciò questo Ministero ha determinato di eseguire in tutto il Regno un semplice «rilevamento numerico» dei venerei e dei sifilitici, come si va praticando in altri Stati.

Per tale rilevamento si è adottato un «prospetto riassuntivo» il quale, mentre da un lato, per essere semplicemente numerico, come si è detto, non compromette il rispetto del segreto professionale, per l'altro, pur non andando scevro da qualche inevitabile inconveniente, presenta il compenso di una agevole e pronta compilazione.

Nel «prospetto» allestito per la esecuzione della indagine di cui trattasi, devono, come già si è avvertito, esser notati, a cura di ciascuno dei medici esercenti, soltanto i *dati numerici* relativi agli infermi visitati; e questi dati, distinti per le tre infezioni (*blenorragia; ulcera semplice contagiosa; sifilide primaria, secondaria e terziaria*), vanno raggruppati per sesso, per professione e per i due periodi di età, sotto e sopra i quindici anni, limitatamente al secondo semestre dell'anno in corso.

Questo Ministero si rende conto delle difficoltà inerenti a questa indagine, ma d'altro canto, sa di poter fare sicuro affidamento nella collaborazione della classe medica e parimenti confida nell'illuminato concorso degli Ordini dei medici, che vorranno spiegare opera efficace per il miglior raggiungimento dell'elevato fine, che il Ministero si è colla presente indagine proposto.

La S. V., pertanto, si compiacerà portare, con l'ausilio del Medico Provinciale, a conoscenza del Presidente dell'Ordine dei Medici le determinazioni del Ministero in riguardo alla indagine, di cui trattasi.

Quanto prima V. S. riceverà un numero adeguato di «prospetti».

Questi dovranno essere distribuiti subito a tutti indistintamente i Medici, non dipendenti da Amministrazioni Militari, esercenti nella Provincia, acciò siano, entro il 10 gennaio 1923, restituiti, con i dati richiesti per il secondo semestre del 1922, come sopra è detto.

Così della distribuzione come, a suo tempo, del «ritiro» dei prospetti la S. V. vorrà incaricare la Presidenza dell'Ordine dei Medici interessandola vivamente.

La S. V. vorrà, a sua volta, entro il 31 gennaio p. v. trasmettere al Ministero i prospetti raccolti con le sue eventuali osservazioni».

Per l'abitabilità delle case.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità) ha diramato ai Prefetti una Circolare in cui si rileva che in non pochi Comuni la disposizione dell'art. 69 T. U. delle leggi sanitarie sulle licenze di abitabilità delle case è rimasta in tutto o in parte inosservata nell'ultimo quinquennio. In vari Comuni, poi, le autorizzazioni ed i pareri dell'ufficiale sanitario o dell'ingegnere, che le hanno precedute, sono stati dati verbalmente, senza che ne sia rimasta traccia negli Archivi comunali.

Il Ministero, pur rendendosi conto delle ragioni di opportunità che hanno potuto consigliare durante la grave crisi edilizia a non essere rigorosi nell'applicazione della suaccennata disposizione, crede ormai opportuno richiamare l'attenzione dei Prefetti sull'importanza che può avere, nell'attuale periodo di iniziale risveglio dell'attività edilizia, un graduale ritorno alla diligente osservanza delle norme contenute nella suddetta disposizione, le cui finalità igieniche sono ben evidenti.

Non è perciò esagerato l'affermare che in gran parte il futuro benessere igienico delle popolazioni dipende dal modo più o meno coscienzioso con cui verrà, nei singoli casi, accertata l'esistenza di tutti i prescritti requisiti di abitabilità delle case che si vanno via via costruendo.

Cronaca del movimento professionale.

Prescrizione di medicinali velenosi.

La Prefettura della Provincia di Roma, con apposita circolare, ricorda le disposizioni contenute nell'art. 48 del Regolamento 13 luglio 1914, n. 827, che stabilisce, fra l'altro, che la dose di sostanze velenose deve essere sempre segnata in tutte lettere e con l'indicazione dell'uso (esterno, interno, a gocce, per collirio, ecc.) nella compilazione delle ricette.

L'Ordine dei Medici ne dà partecipazione agli inscritti nell'Albo e ne raccomanda la più diligente osservanza.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9423) *Eleggibilità al posto di medico condotto.* — Dott. G. F. da S. C. di R. — Potendo la carica di Consigliere comunale, che si ricopre, esercitare influenza sulle future decisioni del Consiglio Comunale, per poter partecipare al concorso per la nomina del medico condotto, il Consigliere comunale deve rassegnare le sue dimissioni prima di esporsi al concorso.

(9424) *Infortunio.* — Dott. D. P. da B. — Se l'applicazione dello apparecchio per estensione e controestensione del femore fratturato è, a giudizio del medico, annoverabile fra le prime ed immediate cure dello infortunato, senza di cui non era possibile ulteriore intervento per completare la cura, la relativa spesa è a carico dello assuntore dei lavori o dell'impresario.

(9425) *Esercizio professionale in S. Paulo (Brasile).* — Dott. V. C. da V. — Dalle comunicazioni fatte dal Ministero dell'Interno nel 1910 e nel 1911 non risulta che per esercitare la professione sanitaria in S. Paulo (Brasile) occorre avere ottenuto la laurea in una di quelle Università. Epperò è da ritenere che pei medici italiani sia libero l'esercizio colà.

(9427) *Caro viveri.* — Dott. A. M. da T. S. S. — Non essendo mutate le condizioni di vita, non è possibile procedere alla soppressione della indennità caro-viveri. Se il Comune, ciò non ostante, si ostini a cancellare lo stanziamento in bilancio Ella può ricorrere alla G. P. A. per ottenere, in sostituzione, un congruo aumento di stipendio in base all'art. 26 della vigente legge sanitaria. Non bisogna dimenticare che, per virtù delle attuali norme, l'applicazione dell'articolo precitato ricade non solo in caso di aumentato lavoro da parte del sanitario, ma anche quando la rimunerazione sia riconosciuta insufficiente.

(9248) *Ufficiale sanitario - Nomina.* — Dott. F. L. da B. — Crederemmo applicabile per analogia al caso da Lei esposto, il disposto del capoverso dell'art. 112 del Regolamento sanitario, approvato con R. Decreto del 19 luglio 1906, n. 466. Gli aumenti quinquennali decorrono dalla nomina definitiva.

Doctor JUSTITIA.

Medici di bordo. — Al dott. N. S. da O., abbonato n. 9398:

L'autorizzazione per medico di bordo è concessa dal Ministro dell'Interno ai medici i quali abbiano sostenuto con successo speciali esami d'idoneità. Questi consistono di una prova scritta sulle malattie infettive macroparassitarie con speciale riguardo alle esotiche e a quelle dei paesi caldi; in prove pratiche di batteriologia, di bromatologia e di clinica: in una prova orale d'igiene navale, di legislazione sanitaria e di lingue straniere.

Per ora però non è in vista alcuna sessione di esami. Norme più dettagliate troverà nel decreto 26 agosto 1912 del Ministero dell'Interno, che potrà consultare presso qualsiasi Ufficio sanitario di Prefettura o Capitaneria di porto.

M. C.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; L. 6500 e quattro aumenti del decimo, due c.-v., compartecipazioni sulle tasse d'ingresso e sugli atti operativi. Scad. ore 17 del 20 giugno. Età massima 40. Due anni di prova. La Commissione amministratrice avrà facoltà di procedere ad un esame pratico di tutti i concorrenti o parte di essi.

BUCCHERI (*Catania*). — Scad. 28 giu. L. 5500 e 5 quadr. di L. 500; c.-v.; L. 2000 per consumo di strumento, previo parere dell'uff. san.; certificato di attitudine al lavoro di condotta. Iscrizione a un albo.

BUCINE (*Arezzo*). — Per Ambra (ab. 3497, poveri 602) e per Badia Agnano (1754 e 457); L. 9000 ciasc.; cavalc. anche per gli abbienti L. 4500 variabili; addizion. L. 3 oltre i 1000. Scad. 4 giugno.

CHIUSA DI PESIO (*Cuneo*). — L. 5000. Capitolato tipo. Scad. 8 giugno.

GENOVA. *Opera Pia De Ferrari Brignone Sale (Ospedali Galliera).* — Specialista radiologo; lire 6000. Laurea da 3 anni; età limite 40. Titoli ed esame; *curriculum vitae.* Chiedere annunzio. Documenti alla Segreteria (via Alessandro Volta, 8). Scad. ore 16 del 17 giugno (data del timbro postale). Un anno di esperimento. L'Amministr. non assume responsabilità per i danni di qualsiasi specie che potessero derivare al radiologo dall'azione patogena dei raggi X.

ISSIME (*Torino*). — Consorzio con Gressoney-St. Jean. Scad. 25 giu. L. 4500. Alloggio e mezzo di trasp. L. 1900; uff. san. L. 900. Ab. 5000.

LAMPEDUSA (*Girgenti*). — Con Linosa; L. 4500. Scad. 30 giugno.

MOLINELLA (*Bologna*). — Il concorso pel Consorzio con S. Pietro e Capoprimo è prorogato al 15 giugno.

SASSARI. — *Direttore Istituto Batteriologico Consorziale.* L. 10,000 e quattro quinquenni di L. 1000 ciascuno, oltre diritti perizia. Modalità, dettagli concorso richiedere informazioni Presidente. Vedi avviso pubblicato n. 114 periodico locale «Nuova Sardegna», 15 corr. termine utile presentazione domanda, documenti, 25 giugno.

TAVERNELLE VAL DI PESA (*Firenze*). — Consorzio di S. Donato in Poggio nei comuni di Tavernelle Val di Pesa e Barberino Val d'Elsa; ab. 1742 e 437; pov. 820 e 30; L. 6000 e 6 trienni decimo; L. 3000 cav.; c.-v. Età limite 35. A tutto il 20 giu.

Il comune di Calvi dell'Umbria (Perugia) cerca medico-chir. lungo interinato, condotta unica, residenziale, stipendio L. 6600, oltre doppio caro-viveri, per circa 800 poveri, abitanti 3000, paese ridente, situato collina (400 m.) con estesa campagna, frequentato villeggianti. Mezzo di trasporto, servizio campagna a carico del Comune. Servizio autobus stazione Civita-Castellana, stazione Narni e stazione Terni.

Medico 38 anni, 12 anni laurea, pratica ospitaliera libera, militare, perfezionato in ostetricia, ginecologia e dermosifilopatia, cerca interinato con propabilità di nomina stabile in condotta possibil-

mente montagna o mare o in ospedale. Indirizzare indicando condizioni: sig. Gasperi, via dei Pecori, 6 - Firenze.

Grande Società industriale cerca medico-chirurgo di fiducia pel suo personale. Inutile presentarsi se l'aspirante non possiede almeno 5 anni di pratica preferibilmente ospitaliera e senza serie referenze. Alloggio gratuito. Condizioni da fissare. Rivolgere domanda alla Società Solvay & C.ie in Rosignano (Pisa).

Diffide e boicottaggi.

La presidenza della Sez. di Rieti dei M. C. avverte che il Municipio ha deliberato di riaprire il concorso a condizioni molto migliori (10,000 lire di stipendio iniziale oltre il resto) qualora, il concorso andasse deserto.

Nuove diffide: Borghi (Forlì), S. Paolo di Iesi (Ancona), Cittiglio (Como), Pontedera (Pisa) pel capoluogo e la fraz. La Rotta.

Nuovi boicottaggi: Carezzano e consorziati (Alessandria) a favore del dott. Camillo Nascimbene.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Presso la Sede del Comitato Centrale si è riunita la Commissione esaminatrice del concorso al posto di Direttore del Sanatorio di Cuasso al Monte.

Dopo accurato esame dei titoli e delle pubblicazioni presentate la Commissione ha giudicato: 1° notevolmente superiore agli altri concorrenti il prof. Arturo Campani; 2° secondi, a parità di merito, i dottori Giacomo Giovanni Grossi e Carlo Krentzilin.

La Commissione chiuse i suoi lavori esprimendo il voto che il nuovo Direttore del Sanatorio vorrà tener conto dell'alta missione della Croce Rossa che, raccogliendo generosi contributi materiali dalle popolazioni, ambisce di concorrere anche all'incremento del patrimonio scientifico nazionale e lo potrà fare a mezzo dei suoi Istituti Sanitari quando i dirigenti, che sono così distinti nell'assistenza clinica concorrano al movimento degli studi di tisiologia con la pubblicazione delle loro osservazioni e ricerche.

In conformità a tale raccomandazione la Presidenza della Croce Rossa ha di buon grado e sollecitamente inviato istruzioni ai Direttori dei suoi Istituti perchè inviino annuali relazioni scientifiche e cliniche al Comitato Centrale.

Il dott. Vittorio Casali, maggiore medico della C. R. I., su proposta della Presidenza della detta Associazione è nominato cavaliere della Corona di Italia; ha anche ricevuta la ricompensa della medaglia di bronzo al merito, per il disimpegno delle sue attribuzioni quale Direttore di Ospedale Territoriale durante il periodo della guerra.

Il Consiglio dell'Associazione dei Medici Ospitalieri di Milano, procedendo al rinnovamento delle cariche sociali, ha nominato presidente il dott. comm. Mario Badini; vice-presid. il prof. gr. uff. Francesco Denti; segretario il prof. cav. Mario Redaelli; tesoriere il dott. C. Agazzi.

NOTIZIE DIVERSE.

Il VII Centenario dell' Ateneo Padovano.

Dal 14 al 18 maggio l'Ateneo Padovano ha celebrato il VII centenario della sua fondazione ed ha commemorato il suo glorioso passato, che vanta Galileo, Morgagni, Ramazzini ed altri sommi.

Alle grandiose cerimonie convennero il sovrano, i ministri Anile, Ferraris Maggiorino, Rossi Luigi, alcuni sottosegretari, le rappresentanze del Senato e della Camera dei Deputati, il cardinale Maffi, le delegazioni di numerose Università, fra le quali 32 straniere, e spiccate notabilità.

La cerimonia più significativa si svolse nell'immensa sala della Ragione, in cui si raccolsero più di otto mila persone. Gli studenti e le delegazioni universitarie vi giunsero in corteo storico, rievocante un episodio del 1500; il rettore e il corpo accademico erano in toga nera ed ermellino; gli accademici componenti le delegazioni delle Università straniere erano nei loro ricchi e pittoreschi vestiti.

Pronunziò prima una allocuzione in latino il Rettore, prof. Lucatello, il quale ricordò quanto l'Università padovana abbia contribuito al progresso del sapere ed espresse la fiducia che le glorie passate siano di auspicio per l'avvenire. Seguì un breve saluto del sindaco; poi si ebbe il discorso commemorativo ufficiale del sen. Tamassia. Pronunziarono brevi allocuzioni sette delegati di università straniere, in varie lingue, e il delegato delle università italiane, on. Luzzatti. Un coro composto da centinaia di studenti, accompagnato da un'orchestra pure di studenti, eseguì un inno in omaggio dell'*Alma Mater,* su parole di Giovanni Bertacchi musicate dal maestro Zandonai; poi migliaia di studenti cantarono l'inno goliardico. Ebbe anche luogo la consegna al Rettore di oltre cento pergamene di omaggio delle varie Università. Chiuse le cerimonia un discorso pronunziato dal ministro della P. I. on. Anile. Infine migliaia di voci intonarono la canzone del Piave.

Dopo la cerimonia, il Re e le autorità visitarono il quartiene stabile della Fiera campionaria e la Mostra di apparecchi scientifici.

Fra le altre cerimonie, va segnalata la commemorazione di G. B. Morgagni, fatta nell'Aula Magna dell'Università dal prof. Bonomo, alla presenza di tutte le rappresentanze nazionali ed estere e di numeroso uditorio. Dopo la cerimonia il rettore prof. Lucatello annunziò la nomina a dottore *ad honorem* dell'Università di Padova di S. M. il Re, per il suo «Corpus Nummorum Italicorum», e consegnò le lauree *ad honorem* ad un centinaio di delegati di Università estere (tra i quali due dell'Australia, due dell'India, uno del Siam).

Ricordiamo ancora una visita al Collegio Sacro, ove sino al 1803 venivano conferite le lauree; pronunziò un discorso il vescovo mons. Pelizza; rispose il rettore prof. Lucatello.

Ebbero anche luogo l'inaugurazione delle nuove sale al Museo Civico, lo scoprimento di un busto al compianto prof. De Giovanni, un ricevimento

all'Orto Botanico, uno spettacolo di gala al Teatro, una colazione e Stra e un artistico ricevimento della contessa Papafava con costumi originali del 700.

Nell'insieme la celebrazione, organizzata dal prof. Lucatello, è stata degna della gloriosa tradizione ed attesta come, nelle coscienze più alte, il presente si leghi al passato per preparare l'avvenire.

X Congresso Pediatrico Italiano.

Il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Pediatria ha stabilito che il X Congresso Nazionale abbia luogo, in Milano, nei giorni 1-4 ottobre.

Una apposita seduta sarà dedicata alla commemorazione del compianto Presidente onorario prof. Luigi Concetti.

I temi di relazione sono: 1) Immunizzazione attiva e passiva contro la difterite, relatori: prof. Maurizio Pincherle (Bologna) e dott. Gino Frontali (Firenze); 2) Profilassi della tubercolosi nell'Infanzia, relatore: prof. Sebastiano Cannata (Messina).

Il Comitato Ordinatore ha sede in Milano (via Commenda, 9) ed è presieduto dal prof. Cesare Cattaneo.

Per partecipare al Congresso è istituita una *tessera*, la quale verrà inviata gratuitamente ai soci. I non soci possono ottenerla mediante il pagamento di una quota d'inscrizione di L. 25. Qualora essi desiderassero gli Atti del Congresso, sono tenuti a versare contemporaneamente alla quota di inscrizione una quota complementare di L. 15. I membri di famiglia dei Congressisti, soci e non soci, possono ottenere la *tessera* mediante pagamento di una quota personale di L. 15. Tali quote dovranno essere inviate al cassiere del Comitato ordinatore, dott. Camillo Pestalozza. Per schiarimenti ed informazioni in rapporto all'organizzazione locale del Congresso rivolgersi al segretario dott. G. B. Grassi.

Il titolo delle comunicazioni dovrà essere inviato non più tardi del 15 luglio p. v. alla Presidenza della Società Italiana di Pediatria, via Mannelli, 115 - Ospedale Meyer - Firenze (23). Non si terrà conto delle comunicazioni notificate oltre questa epoca.

III Congresso internazionale di Storia della Medicina.

Come abbiamo annunziato nel fasc. 15, è indetto a Londra dal 17 al 22 luglio; ne sarà presidente onorario sir Norman Moore; presidente effettivo il dott. Charles Singer. Richiedere il programma, contenente anche l'elenco degli alberghi che offrono facilitazioni, al segretario generale dr. J. D. Rolleston (Alexandra Mansions, King's Road, London S. W. 3) e inviare le adesioni e le quote al tesoriere (Mr. W. G. Spencer, O. B. E., M. S., 2, Portland Place, London W. 1).

Corso di perfezionamento per Ispettori Medici del Lavoro e Medici di Fabbrica.

Sotto gli auspici del Comune di Padova (Ispettorato Medico del Lavoro) si tiene quest'anno un corso per medici che intendano perfezionarsi in malattie del lavoro (Ispettori medici del lavoro e medici di fabbrica). Il corso è tenuto da professori e da liberi docenti della Facoltà medica; ha carattere eminentemente pratico, con presentazione ed illustrazione di casi clinici, ed è corredato da proiezioni e da dimostrazioni varie. Esso ha la durata di due settimane: dal 29 maggio al 10 giugno compreso. Le domande di iscrizione, redatte su carta semplice, vanno dirette al Sindaco di Padova, Ispettorato Medico del Lavoro (Commissione 7ª - Presidente prof. comm. Mario Donati). Al termine del corso verrà rilasciato apposito diploma di frequenza agli iscritti che avranno seguito regolarmente le lezioni. La tassa di iscrizione è di L. 100; la tassa di diploma di L. 50.

Corso di Medicina del Lavoro.

In questi giorni ha avuto termine presso la R. Università di Roma il III Corso di perfezionamento in «Medicina del Lavoro» diretto dal prof. Ottolenghi, ordinario di Medicina Legale.

Nel Corso, della durata di 3 mesi, furono impartite 120 lezioni teorico-pratiche sulle seguenti materie: Igiene generale (prof. Puntoni); Igiene industriale e legislazione del lavoro (prof. Loriga); Patologia medica del lavoro (prof. Ranelletti); Traumatologia applicata agli infortuni (prof. Diez); Infortunistica medico-legale (prof. Ottolenghi); Medicina legale generale (prof. Ascarelli).

Gli inscritti al corso furono 39, dei quali molti provenienti da altre Università. In seguito alle prove d'esame ottennero il diploma di perfezionamento i seguenti dottori:

Albeggiani Ugo; Audino Nicolò; Cace Doimo; Calcagni Amato; Castagna Pietrino; Carrunchio Federico; Crivelli Serafino; De Fabris Alessandro; De Vincentis Marco; Di Clemente Guglielmo; Donadu Giuseppe; Dore Bainzio; Farina Pasquale; Mazzolini Mario; Montolese Ciro; Nastri Mario; Palesa Oscar (con lode); Reggiani Luigi; Rinaldi Ulderico; Rollo Achille; Teppati Temistocle; Tuveri Pietro; Vendrame Benedetto.

L'importanza e la necessità di questo Corso di perfezionamento integratore della cultura universitaria dei medici militari e di quelli che vogliono dedicarsi all'infortunistica medico-legale e all'esercizio professionale nelle fabbriche, e nelle amministrazioni ferroviarie, si va da anno a anno sempre più affermando, dato lo sviluppo sempre crescente delle leggi igieniche di protezione del lavoratore e l'estensione della legge d'assicurazione contro gli infortuni ai contadini.

Il Corso, che merita ogni incoraggiamento per la ottima organizzazione degli insegnamenti, e per la serietà delle prove d'esame da sostenersi per conseguire il diploma, è destinato certamente ad un maggiore sviluppo in avvenire, se ad esso non mancherà, come è da sperare, l'appoggio da parte degli organi preposti all'applicazione delle leggi medico-sociali a favore dei lavoratori.

La "Rockefeller Foundation„ in Italia.

Il dott. Wickliffe Rose, direttore generale della «Rockefeller Foundation» (*International Health Board*), il quale è in viaggio nell'Europa per stu-

diare il problema della malaria, si è recato anche in Italia per rendersi conto dei lavori fatti nel nostro paese per la lotta antimalarica.

Negli scorsi giorni fu al Poligono di Nettuno per visitarvi la scuola di applicazione della lotta contro la malaria istituita dalla Direzione generale della Sanità pubblica e diretta dal prof. Gosio. L'illustre ospite passò in minuziosa rivista tutto il corredo didattico, ammirò il Laboratorio d'indagine col suo piccolo museo e volle essere bene informato sul funzionamento della scuola e sulle sue modalità tecniche. Di tutta l'organizzazione mostrò di farsi un ottimo concetto, al punto da esprimere il desiderio che medici americani vengano inviati a studiare il sistema, a frequentare i corsi ed apprendervi i punti fondamentali per istituire analoghe provvidenze negli Stati Uniti.

Nel ritorno il dott. Rose si fermò ad Ariccia a vedere l'Istituto pro-bambini malarici e poi a Monciglione (Grottaferrata) per rendersi conto della nuova sede in cui il detto Istituto dovrà, quanto prima, trasferirsi per il necessario ampliamento. Anche di questa provvidenza egli fece il più vivo elogio, augurandosi di poter trovare fra breve al completo il villaggio medico-agricolo, di risanamento e di lavoro, dedicato ai fanciulli malarici del Lazio.

L'illustre uomo visitò anche le importanti bonifiche nel Ferrarese dichiarandosi ammirato della grandiosità dell'opera compiuta e dei notevoli risultati ottenuti nei riguardi della malaria.

Speciale impressione egli riportò dalla legge e dall'organizzazione che la nostra Nazione ha creato per il chinino di Stato ed affermò che si sarebbe fatto iniziatore di apposite intese con la grande Istituzione di cui è capo perchè anche i medici nord-americani possano profittare dell'esperienza e degli studi compiuti in Italia.

Per la lotta contro il gozzo nella provincia di Sondrio.

La Deputazione Provinciale di Sondrio, preoccupata del grave danno che sopratutto alla popolazione lavoratrice deriva dalla notevole diffusione del gozzo in quella regione (non superiore del resto a quella delle altre zone montane), in sua seduta 23 dicembre 1921 deliberava la costituzione di un «Comitato Provinciale per la lotta contro il gozzo» con un definito programma di propaganda e di cura, designando a farne parte: il Presidente della Deputazione Provinciale con funzioni di Presidente, il Medico Provinciale, il Regio Provveditore agli Studi, il Direttore della Cattedra ambulante di Agricoltura, due rappresentanti dell'Associazione dei Medici condotti nei dottori Italo Pedrazzini (Bormio) e Severo Lavizzari (Traona), due rappresentanti della classe magistrale, il direttore del Manicomio.

Il Comitato, adunatosi il 6 aprile, ha riconosciuta la necessità di intensificare la propaganda fra ogni ceto di persone, insistendo sulla facile curabilità del male, semprechè si intervenga prontamente, sull'efficacia della profilassi e sul dovere di far conoscere largamente i danni che derivano dal gozzo e che non si limitano alla deformità del collo o ai disturbi della respirazione e della circolazione ma investono tutto l'organismo.

Il Comitato per ora dispone di mezzi modesti; ma non è privo di significato il fatto che il Ministero dell'Interno abbia dato il suo contributo in L. 4000, ed il Ministero della Pubblica Istruzione (a mezzo dell'Amministrazione Provinciale Scolastica) in L. 1000. Tutti gli Enti locali ai quali si è rivolto, volonterosamente contribuirono. Il Consorzio Granario versò L. 5000 e 500 le Banche locali. Prima ancora che il Comitato fosse costituito, l'on. Deputazione Provinciale stanziava spontaneamente allo scopo la somma di L. 1000.

Coi fondi tuttora disponibili e con altri sui quali crede di poter fare sicuro affidamento, il Comitato si ripromette per l'anno scolastico 1922-1923 di poter estendere ad almeno 750 alunni, scelti nelle zone più gravemente colpite dal male, la cura che per l'anno in corso ha dovuto limitare, per ragioni economiche, a circa 140 alunni delle scuole di Montagna e di Tresivio, nei quali ad ogni modo sin d'ora si può dire che gli effetti han corrisposto pienamente all'aspettativa.

La lotta contro lo sputo nella profilassi antitubercolare.

La *Société médicale des Hôpitaux,* su proposta di L. Queyrat, ha approvato il 17 febbraio 1922 il seguente ordine del giorno:

La S. m. d. A., convinta che il fatto di sputare nelle vie e nei luoghi pubblici costituisce uno dei modi di disseminazione più frequenti e più pericolosi del bacillo tubercolare, applaude all'iniziativa del deputato Even ed augura, nell'interesse della pubblica salute, che venga adottato il suo progetto di legge. — Il progetto prevede un'ammenda da 1 a 5 franchi per ogni sputatore. Auguriamo alla Francia che la legge venga approvata e che ottenga risultati migliori di quelli che ottengono in Italia gli inutili divieti e le minaccie di penalità previste dai regolamenti d'igiene.

Viaggio d'istruzione per Medici alle stazioni termali.

L'*Ente Nazionale per le Industrie Turistiche* ha deliberato di effettuare sin da questo anno dei *viaggi d'istruzione per medici alle stazioni termali,* a scopo di propaganda per il nostro patrimonio idrominerale. L'iniziativa dell'E. N. I. T. è stata caldeggiata dalla «Commissione centrale per le stazioni di cura», istituita lo scorso anno presso l'Ente medesimo, la quale nella sua prima riunione si occupò dei mezzi migliori per conseguire una larga e feconda divulgazione fra la classe medica delle località termali e climatiche di cui il Paese è incomparabilmente ricco, partendo dal concetto che la loro piena valorizzazione e la loro prosperità dipendano principalmente dalla misura onde sono conosciute, apprezzate, ed indi consigliate ai bisognosi di cura dai medici. E la Commissione giudicò che la forma più efficace di propaganda sia precisamente quella che consente al medico di prendere sul posto un'ampia «visione e lezione di

cose» che lo porti a contatto immediato ed alla conoscenza diretta non solamente delle differenti pratiche terapeutiche, ma a quelle dell'ambiente tutto particolare ove esse si svolgono.

L'E. N. I. T. è entrato immediatamente in questo ordine d'idee, e facendo proprie le conclusioni della sua Commissione, ha disposto per la realizzazione di esse.

Così sono nati i V. I. M. italiani che da quest'anno cominciano ad effettuarsi a somiglianza di quelli che già altrove si sono tenuti in Francia, in Germania, in Inghilterra, ecc.

Il V. I. M. del 1922 avrà luogo nella prima quindicina del prossimo luglio, e precisamente si inizierà il giorno di *lunedì* 3.

Esso comprende il seguente gruppo di stazioni termali: Bagni di Montecatini, Bagni della Porretta, Riolo, Salsomaggiore, Sirmione, Recoaro, Abano, Roncegno, Levico, Portorose.

L'organizzazione del viaggio fatta dall'E.N.I.T. è ormai compiuta anche nei dettagli delle visite che saranno effettuate nelle stazioni termali suindicate. E dobbiamo constatare con legittima soddisfazione come in ognuna di esse l'iniziativa dell'E. N. I. T. sia stata accolta con vero e unanime entusiasmo ed apprezzata nel suo vero valore, quello di un efficacissimo elemento di propaganda per le stazioni stesse.

Si può ben dire — a tutto loro onore — che queste hanno fatto a gara nell'offrire le più larghe facilitazioni di soggiorno durante la visita, nel superare le inevitabili difficoltà che si presentavano per rendere le visite confortabili e proficue al tempo stesso, rendendo così più agevole il compito degli organizzatori.

D'altro canto l'E. N. I. T. ha trovato nelle Ferrovie dello Stato la più valida collaborazione alla nuova impresa, ottenendo da esse a condizioni eccellenti la concessione di un treno speciale per il più comodo trasporto dei partecipanti nell'intero viaggio.

Con tutti questi volonterosi concorsi è stato possibile organizzare il V. I. M. in modo da renderlo, oltrechè altamente istruttivo, del tutto comodo e piacevole. Come abbiamo detto, esso comincierà il 3 *luglio*, muovendo al mattino da *Firenze* — luogo di adunata — e sciogliendosi il 12 luglio a *Trieste*.

In ciascuna località si avrà un soggiorno — da mezza ad una giornata — sufficiente per le visite agli impianti di cura ed alla stazione termale; ed in ognuna sarà tenuta una conferenza illustrativa da una eminente personalità medica specializzata nella crenoterapia locale.

Le iscrizioni al V. I. M. sono libere a tutti i medici sino a raggiungere il numero massimo di 150 partecipanti.

La quota di iscrizione si aggirerà sulle quattrocento lire, nelle quali sono comprese tutte le spese di viaggio e di soggiorno.

Gli inscritti godranno pure di un biglietto di viaggio a tariffa ridotta dalla loro residenza a Firenze e da Trieste alla residenza. Le iscrizioni si chiuderanno appena raggiunto il numero di 150, e non oltre il 15 di giugno; esse devono essere fatte presso l'*Ente Nazionale delle Industrie Turistiche, via Marghera, n.* 6 - *Roma*, il quale fornisce indicazioni dettagliate sul viaggio.

L'iniziativa presa dall'E. N. I. T con la istituzione dei V. I. M. assumerà indubbiamente l'importanza di un vero avvenimento nazionale, in quanto contribuisce poderosamente alla piena valorizzazione della industria termale italiana, degna delle più alte fortune per la ricchezza e varietà del patrimonio idrominerale onde dispone. E sappiamo che il successo di questo primo V. I. M. — che noi vivamente auspichiamo — sarà di conforto all'E. N. I. T. per proseguire fiduciosamente nella stessa via, tanto per i viaggi ad altri gruppi di stazioni termali che si terranno nei prossimi anni, quanto per quelli alle stazioni climatiche, che l'E. N. I. T. ha pure allo studio come parte integrante del proprio programma di attività.

Croce Rossa Giovanile Italiana.

In seguito ai voti espressi nell'articolo 25 del Patto della Società delle Nazioni e con la mozione IV approvata dalla Conferenza della Lega delle Società della Croce Rossa, riunitasi a Ginevra il 2-7 marzo 1920, per l'organizzazione della gioventù a cura di ogni Società nazionale allo scopo di farla collaborare alle attività sociali, anche la Croce Rossa Italiana ha costituito nel suo seno una Croce Rossa Giovanile.

L'ultimo numero del «Bollettino Ufficiale» del Ministero della P. I. reca lo Statuto e il Regolamento della nuova istituzione. Essa venne istituita come ramo cadetto della Croce Rossa Italiana, con frazione parascolastica, e divisa in due sezioni: una per le scuole elementari, l'altra per le scuole medie.

Nel giornalismo Medico.

Le «Conferenze pratiche d'Urologia per medici e chirurghi generali», pubblicazione bimestrale del dott. prof. G. B. Sigurtà, intendono a volgarizzare i progressi dell'urologia moderna fra i medici ed i chirurghi generali, a vantaggio della loro pratica corrente; ogni fascicolo, di almeno 30 pagine, riccamente illustrato, costituirà una monografia completa su di una malattia o su di un gruppo di malattie: il primo fascicolo tratta dell'ipertrofia prostatica (adenoma periuretrale). La Direzione ha sede presso il prof. Sigurtà, via Pantano 28, l'amministrazione in via Molino delle Armi 9 - Milano.

Auguri.

L'incendio nell'Ospedale di Santo Spirito.

La furia cieca e devastatrice del fuoco ha distrutto due sale dello storico Ospedale ed ha fatto numerose vittime tra i ricoverati cronici. La nostra mente rifugge dall'orrore di questa rovina. Il personale sanitario si è prodigato nel salvataggio degli infermi ed ha compiuto atti di eroismo.

Esprimiamo la nostra costernazione e il nostro compianto per le povere vittime.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journal Médical Français, gen. — Numero sulla coagulazione del sangue e sulle sindromi emorragiche.

Arch. d. Mal. du Cœur, ecc., gen. — L. GALLAVARDIN. — Tachicardia parossistica a centro eccitabile. — E. LENOBLE. Miocardite bacillare con crisi di tachicardia parossistica.

Prensa Méd. Argent., 10 feb. — A. DE CASTRO. Ringiovanimento operatorio; terapia delle distrofie genito-glandolari.

Journ. of Metabolic Research, gen. — F. ALLEN e altri. La patologia del diabete.

Folia Gynaecologica, 2. — R. DEL VITO. Sulla gravidanza composta. — G. TRAMONTANO-GUERRITORE. Un nuovo segno di gravidanza; velocità di sedimentazione delle emazie.

Journ. Nerv. a. Ment. Disease, gen. — J. BYRNE. Sensibilità protopatica ed epicritica. — N. D. C. LEWIS e G. R. DAVIES. Squilibrio endocrino e malattie mentali.

Brain, gen. — H. CUSHING. Distorsione dei campi visivi prodotta da lesioni del lobo temporale. — J. RAMSAY HUNT. Dissinergia cerebellare mioclonica.

Archivos Españoles de Tisiologia, gen. — AMSTAD. Trattamento della tubercolosi chirurgica coi raggi Roentgen. — LEUBA. Elioterapia e cute.

Rev. Ibero-Amer. de Ciencias Méd., gen. — R. LUIS Y YAGÜE. Sintomi cardiaci d'origine intestinale.

Quaderni di Psichiatria, gen.-feb. — A. SALMON. Sull'origine centrale dell'emozione. — G. SEPPILLI. Per una riforma della legge contro l'alcoolismo.

Bullett. d. Scienze Med., gen.-feb. — E. BOSCHI. Ulcere peptiche croniche con andamento tabetiforme e tabi o radicoliti dorsali con aspetto ulceroso.

Il Cervello, gen.-feb. — C. COLUCCI. Paralisi cerebro-spinali, ascendenti e discendenti, sub-acute. — T. SENISE. Il riso rigido e il riso spastico nelle sindromi parkinsoniane post-encefalitiche.

Ann. di Med. Nav. e Col., gen.-feb. — C. M. BELLI. Igiene dei sommergibili.

Japan Med. World, 15 gen. — M. OHARA. Derivati dell'olio di chaulmoogra.

L'Ospedale Maggiore, 31 gen. — G. L. COLOMBO. Lenticonus posterior. — U. BOTTELLI. Il sistema alimentare di Pirquet.

Tubercolosi, feb. — E. ALBERTARIO. La prova dell'alizarina per la diagnosi della tubercolosi.

Revue Tunis. des Sc. Méd., feb. — E. BURNET. Nuovo processo diagnostico della febbre mediterranea.

Brazil-Médico, 4 feb. — O. RAMOS. Endo-aneurismorrafia restauratrice.

Pensiero Med., 11 feb. — G. BERGHINZ. Sindrome di Millard-Gubler in bambino di sette anni.

Prensa Méd. Argentina, 20 feb. — C. A. CASTANO e A. J. RISOLIA. Metrorragie ovariopatiche.

Giorn. di Clin. Med., 20 feb. — H. SCHLOSSBERGER. Resistenza del bacillo della tubercolosi e dei batterî affini verso gli agenti chimici scoloranti. — A. ROSSI e G. ZANON. Forma del cuore umano.

La Riforma Med., 20 feb. — TADDEI. La cura delle cisti da echinococco. — F. DURAND. La vaccinoterapia con i germi associati nella tubercolosi polmonare.

Münch. Medizin. Wochens., 24 feb. — G. EWALD. La sindrome distonica.

The Lancet, 25 feb. — G. DE BEC TURTLE. Lo spasmo del tratto intestinale. — R. MORTON. Raggi e malattie cancerose.

British Med. Journ., 25 feb. — K. M. WALKER. Natura e causa della dilatazione prostatica senile.

La Presse Méd., 25 feb. — P. ARMAND-DELILLE, H. HILLEMAND, C. LESTOCQUOY e L. MALLET. La sindrome pseudo-cavitaria da deviazione tracheale nella tubercolosi polmonare cronica.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 25 feb. — B. AUCHÉ e M. JOBARD. Azione battericida degli aperitivi.

Clinique et Laboratoire, 28 feb. — A. SÉZARY. Profilassi individuale dell'influenza.

Wien. Klin. Wochens., 23 feb. — O. BAIL e T. WATANABE. Batteriofagi misti.

American Journal of the Med. Sciences, mar. — H. FOX e D. L. FARLEY. Rapporti tra leucemia aleucemica, così detta pseudo-leucemia e granuloma maligno. — J. H. MÜLLER e M. S. ISZARD. Il biossido di germanio. — H. GRAY. Diagnosi di neurosifilide latente.

Surg., Gyn. a. Obst., mar. — H. W. MEYERDING e altri. Sarcomi delle ossa. — J. BRENNEMAN. Significato clinico del dolore addominale nei fanciulli. — F. S. LYNN. Parotite secondaria. — S. BUNNELL. Esofagectomia.

Rev. Méd. de la Suisse Rom., mar. — CH. JUILLARD. Le forme ingannatrici di appendicite. — M. MESSERLI. Profilassi del gozzo.

L'Encéphale, mar. — A. WIMMER. Sulla trasmissione ereditaria delle malattie mentali.

Arch. di Patol. e Clin. Med., mar. — N. PENDE. Sul problema clinico del tono del cuore. — F. DURAND. Valore alessinico e suo significato prognostico. — P. MINO. Eredità, costituzione e individualità.

Zeitschr. f. Tuberk., mar. — W. MÜLLER. Nuovi procedimenti chemoterapici per la tubercolosi.

La Radiol. Med., mar. — M. PONZIO. Sulle condizioni attuali della radioterapia. — E. MILANI. La radioterapia del tifo.

Edinb. Med. Journ., mar. — D. LEES. Keratodermia blenorrhagica.

Ann. di Odontol., mar. — G. FASOLI. Sensibilità dentinale e malattie iniziali della polpa.

Pathologica, 1 mar. — M. TROSSARELLO. Tentativi di chemioterapia nella blenorragia.

Minerva Med., 1 mar. — C. ROMAGNOLO. Guaribilità dell'anemia di Addison-Biermer.

Giorn. di Med. Mil., 1 mar. — G. URBINO. Chemioterapia della tubercolosi chirurgica con i preparati cuprici.

Presse Méd., 1 mar. — P. MARIE. Esistono nel cer-

vello umano dei centri innati o preformati del linguaggio?

Journal Amer. Medic. Assoc., 4 mar. — A. HAMILTON. La minaccia crescente dell'intossicazione benzolica nell'industria americana. — J. G. CUMMING. La lotta contro la difterite condurrà alla estirpazione della malattia? — A. STRAUSS, M. L. MALLAS e B. L. CRAWFORD. L'indice terapeutico dell'arsfenamina argentica.

Annales de Méd., dic. — R. MARQUÉZY e P. ZIZINE. Turbe del metabolismo dei proteici e uremia.

Paris Méd., 4 mar. — Numero sulla sifilide e le malattie veneree.

Mediz. Klin., 5 mar. — STÜMPKE. L'ittero post-salvarsanico.

Riforma Med., 6 mar. — L. LIVORI. Antigeni e anticorpi per via gastrica.

Bull. Ac. de Méd., 7 mar. — G. MARINESCO. Operazione di Steinach e ringiovanimento.

Soc. Méd. des Hôp., 9 mar. — M. PINARD ed E. MENDELSOHN. Diabete con ariflessia in un figlio di sifilitico. — R. MORICHEAU-BEAUCHANT. Il citrato di soda nelle arteriti obliteranti e negli spasmi vascolari.

Journ. d. Praticiens, 11 mar. — G. DE PARREL. La profilassi della sordità.

Medical Record, 11 mar. — E. A. TRACY. L'epilessia incipiente.

Journal Am. Med. Assoc., 11 mar. — Y. HENDERSON e altri. L'emorragia quale forma di asfissia. — R. BURTON-OPITZ. Attività motoria della vena cava.

ARCHIVI.

Wiener Archiv für innere Medizin, vol. 4, n. 1. — A. EDELMANN e R. MARON. La stenosi dell'istmo dell'aorta e la sua diagnosi differenziale. — P. LIEBESNY e F. SCHEMINZKY. La prova della funzionalità cardiaca col mezzo della curva pletismografica del lavoro. — A. LOEW. Stenosi duodenale di natura tubercolare. — H. ELIAS e S. WEISS. L'influenza degli ioni fosforici acidi sulla glicosuria e sulla glicemia nell'uomo. — ID., ID. Contributo alla clinica e alla patogenesi della tetania. — F. HOEGLER. Contributo allo studio della sintomatologia, della patogenesi e della radiumterapia della eritremia. — R. HOFFMANN. Su di una forma comune di affezione deformante delle vertebre e sui suoi rapporti con la osteomalacia da inanizione. — R. STRISOWER. Azoto totale e azoto residuo nei liquidi degli edemi. — S. PELLER. Contributo alla conoscenza del meccanismo di azione del nitrito di amile e dell'atropina negli accessi stenocardici. — H. KAHLER. Sulla questione dell'iperglicemia nelle malattie che si accompagnano ad aumento permanente della pressione arteriosa. — A. V. FRISCH. Sulla forma famigliare di emocromatosi. — I. DANIEL e F. HOEGLER. Studi sulla prova dell'acqua nella funzionalità renale.

Il Policlinico (Sezione Medica), n. 5 (maggio). — F. SABATUCCI. Sindromi neuropsichiche nei fiutatori di cocaina. — P. BIFFIS. Studi sul diabete insipido.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 5 Giugno 1922 Fasc. 23

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Laboratorio per le malattie di cuore " S. P. Draper „
POLICLINICO, IX PADIGLIONE, ROMA.

La chinidina nella fibrillazione auricolare.

Contributo casistico.

Dott. A. SEBASTIANI, assistente.

Nel 1914 Wenckebach riportava l'arresto di fibrillazione in un paziente con l'uso della chinidina (1 gm. *pro die*). Stimolato da questa osservazione, Frey studiava l'effetto della chinidina (1), e nel 1918 riportava i risultati del trattamento di 22 casi. Da allora le osservazioni si sono moltiplicate: le riassumo, per brevità, nella tabella che segue (v. tab. I) che riunisce, in forma schematica, gran parte della letteratura.

Le dosi giornaliere impiegate dagli autori sono variate da gm. 0.8 a gm. 3 (usati da Jenny, il quale avrebbe avuto la più alta percentuale di successi: vedi tavola). Quasi tutti consigliano di non trattare con chinidina malati in scompenso, ma di somministrare prima digitale e tenerli a riposo, e quindi dare la chinidina. L'associazione di chinidina con digitale è sconsigliata. È indubbio che la chinidina agisce più facilmente sulle fibrillazioni di data recente; e, in genere, non rispondono i casi di fibrillazione con insufficienza cardiaca avanzata: fatto a cui si ricollega l'altra osservazione che il cuore che non ha reagito alla digitale reagirà difficilmente alla chinidina. Il fenomeno non è facilmente spiegabile e rientra nel più vasto problema del meccanismo d'azione del farmaco (v. appr.).

Quanto all'andamento clinico sotto l'azione della chinidina, quasi tutti gli AA. concordano nel notare una tachicardia temporanea prima del ristabilirsi del ritmo normale. Ma uno studio completo degli effetti del farmaco sul battito cardiaco è stato fatto solo da chi ha seguito quest'ultimo con l'elettrocardiografo, come Drury e Iliescu, i quali hanno preso di ogni caso trattato un elettrocardiogramma ogni due ore (nelle sole ore del giorno), e hanno potuto così seguire l'andamento sia delle pulsazioni auricolari, che di quelle ventricolari. Ecco il risultato delle loro osservazioni. Il primo effetto sull'orecchietta è simile in tut-

(1) La chinidina è uno degli alcaloidi della *Cinchona*, isomero alla chinina: si adopera il solfato di chinidina.

ti i pazienti, si arrivi o non si arrivi da ultimo al ritmo normale: la frequenza auricolare è ridotta (da 450 a 200 circa). Con l'abbassarsi della frequenza auricolare cambia anche la forma dei tracciati: scompaiono i periodi senza oscillazioni e queste si fanno più regolari nel tempo e nella forma: si passa così dall'a-

TABELLA I.

Autori	Numero totale dei casi	Inalterati	Cambiati in *flutter*	Ristabilito il ritmo normale
Benjamin e v. Kapff	27	9	—	18
v. Bergmann	9	3	—	6
Boden e Neukirch	17	10	1	6
Drury e Iliescu	13	6	1	6
Ellis e Clark-Kennedy	7	2	—	5
Faber	2	1	—	1
Frey	50	23	6	21
Haas	44	17	—	27
Hamburger	8	5	—	3
Hecht	2	2	—	—
Hewlett e Sweeney	11	6	—	5
Jenny	18	1	—	17
Klewiz	13	8	4	1
Lhesehke e Ohm	1	—	—	1
Levy	4	1	1	2
Oppenheimer e Mann	22	11	2	9
Schott	2	—	—	2
Wenckebach	2	—	—	2
Wisser	11	7	—	4
Wybauw	25	11	—	14
TOTALI	288		(*)	150 (52 %)

(*) Statistica incompleta.

spetto di fibrillazione a quello di *flutter* (1) impuro; l'impurità si fa sempre minore, senza raggiungere il *flutter* puro; in un caso in cui si stabili quest'ultimo non si ebbe poi il passaggio al ritmo normale. D'altra parte, nei battiti ventricolari si nota, poco dopo l'inizio del trattamento, un aumento di frequenza, che però non progredisce; col ristabilirsi del ritmo normale la frequenza ventricolare ricade bruscamente alla norma. Con le osservazioni ora citate concordano esattamente le mie (vedi appr.).

Ancora più importante è ricercare nella letteratura se si siano avuti disturbi per l'uso della chinidina, o se questa possa considerarsi completamente innocua. In molti, sia durante il trattamento, sia al momento del ristabilirsi del ritmo normale, non si avverte nulla di speciale. Ma spesso si è notato lieve nausea, perdita di appetito, cefalea, aumentata frequenza cardiaca, palpitazione: sintomi, insomma, lievi, che anzi alcuni AA., fra cui Benjamin e Kapff, consigliano di trascurare, altrimenti una prudenza eccessiva potrebbe diminuire le probabilità di ristabilire un ritmo normale. Non mancano però fatti più gravi: più volte è stato citato un collasso allarmante; nella serie di Frey in due casi si ebbe arresto istantaneo del respiro; uno dei pazienti di Haas divenne d'un tratto senza polso e cianotico, ed ebbe pur esso arresto di respiro, e subito dopo si ristabilì il ritmo normale. Nè mancano dei casi con esito letale, senza peraltro che questo possa attribuirsi direttamente al farmaco; due nella serie di Bergmann; due nella serie di Benjamin e Kapff; uno nella serie di Hewlett e Sweeney (l'autopsia rivelò sclerosi conorarie con ipertrofia e dilatazione cardiaca). Per queste ragioni gli AA. consigliano di cominciare la somministrazione per uno o due giorni con dosi piccole, non terapeutiche, per saggiare la reazione individuale al farmaco.

Una complicazione grave può esser data dalla produzione di embolie. Il fenomeno poteva prevedersi teoricamente, e contro di esso mette in guardia J. Mackenzie partendo dal fatto anatomico che nel *flutter* e nella fibrillazione è facile la formazione di coaguli nell'appendice auricolare, e dal fatto clinico, documentato in un caso di Orr, che, quando dal *flutter* il soggetto passa al ritmo normale, l'orecchietta, riacquistando la sua valida contrazione, può lanciare in circolo degli emboli. Niente di più probabile che lo stesso accidente si verifichi quando noi, artificialmente, provochiamo il passaggio istantaneo dalla fibrillazione al ritmo normale. In realtà, la letteratura non è ricca di questa eventuale complicazione indiretta del trattamento con la chinidina. Un caso di embolia polmonare e un altro di morte improvvisa, forse imputabile a causa simile, sono citati da Benjamin e v. Kapff; i quali avanzano l'ipotesi che anche i due casi di arresto del respiro descritto da Frey possano aver avuto una origine analoga; e due casi indubbî di infarti embolici (nel polmone in uno, nel rene e, successivamente, in un secondo pe-

(1) Crediamo preferibile conservare la parola inglese con cui originariamente si è indicato questo disturbo, perchè nessuna delle traduzioni proposte ci sembra soddisfacente.

riodo di trattamento, nella poplitea, nell'altro) sono riferiti da Ellis e Clark-Kennedy. A questa statistica, invero scarsa, possiamo aggiungere un nostro caso, che verrà appresso descritto.

Un'ultima questione che possiamo richiedere agli Autori è per quanto tempo permanga il ritmo normale ristabilito con la chinidina. L'argomento non è toccato da molti, e d'altra parte l'esperienza è troppo recente, perchè ci si possa pronunciare in merito. Tuttavia, le recidive sono tutt'altro che rare; sembra però che un secondo periodo di trattamento ha presto ragione di esse. I casi di guarigione di più lunga data, al momento della loro pubblicazione, risalgono a cinque o sei mesi.

Tutto considerato, ci si può domandare se convenga l'uso del farmaco, e, in linea più generale, se convenga arrestare la fibrillazione. Mackenzie fa notare in proposito che questa, per sè sola, non è un grave danno per il paziente, e, ove non sia complicata a una lesione cardiaca vera e propria, costituisce appena un imbarazzo: cita un caso da lui conosciuto, in cui la fibrillazione dura da 15 anni, e il soggetto può regolarmente attendere alle sue occupazioni. Egli pensa che gli effetti dannosi della fibrillazione si hanno solo quando questa, spingendo il ventricolo a contrarsi assai rapidamente e disordinatamente, ne diminuisce l'efficienza meccanica; ma, poichè abbiamo nella digitale un farmaco che, quasi sempre, riesce a diminuire la frequenza cardiaca, e conseguentemente lo scompenso, Mackenzie vorrebbe limitato l'uso della chinidina a quei casi in cui la digitale riesce inefficace. Hamburger si associa in parte alle vedute suddette. Ma, a parte che l'indicazione proposta dal cardiologo inglese è concordemente respinta dagli Autori, si può, con un ragionamento teorico, come è quello di Mackenzie, che non ha esperienza in proposito, rispondere, con Oppenheimer e Mann, che la semplice trasformazione dalla fibrillazione al ritmo sinusale normale deve avere per effetto una aumentata efficienza cardiaca, per le seguenti ragioni:

1° Le *orecchiette*, invece di fibrillare, si contraggono ora regolarmente, e non solo (*a*) spingono meglio il sangue nei ventricoli, ma anche (*b*) tendono a far sì che le valvole atrio-ventricolari si trovino nella posizione adeguata per chiudersi all'inizio della contrazione ventricolare, e anche (*c*) fanno sì che la muscolatura ventricolare si trovi sotto una tensione leggermente aumentata al momento della contrazione, assicurando così le condizioni ottime per la propulsione del sangue.

2° I *ventricoli*, invece di contrarsi a intervalli irregolari e con forza variabile, si contraggono ora in condizioni opposte, assicurando così un adeguato periodo di riposo fra le singole contrazioni.

3° Il *normale controllo sinusale*, che è perduto quando le orecchiette sono in fibrillazione, è ora ristabilito, e il cuore è reso capace di rispondere alle varie domande con appropriate modificazioni di frequenza.

Comunque, la soluzione di questo problema non potrà aversi che da una larga esperienza clinica. La quale però già indubbiamente dimostra un miglioramento subiettivo e obiettivo, spesso impressionante, in molti casi di ottenuto ritorno al ritmo normale.

CASISTICA PERSONALE.

Abbiamo trattato con solfato di chinidina (della fabbrica *Howard and Sons* di Londra) dieci casi di fibrillazione auricolare. I casi non furono scelti, ma trattati man mano che si presentavano: fu però escluso qualche raro caso in stato di avanzato scompenso o di età assai vecchia. In realtà, tutti i casi trattati erano discretamente compensati.

Fu studiato elettrocardiograficamente ogni singolo paziente, prendendo ripetute volte il tracciato. Poichè si trattava specialmente di seguire l'andamento della orecchietta, fu quasi esclusivamente usata la derivazione toracica (Th. Lewis, Drury e Iliescu), e, fra le derivazioni toraciche, fu usata la sternale, come quella che, trovandosi più vicina all'orecchietta, meglio ne raccoglie le variazioni elettriche, in rapporto col prodursi dell'onda di eccitazione. I tracciati che così si ottengono (e che sono quelli che qui si pubblicano) differiscono un poco da quelli delle comuni derivazioni cliniche, e non permettono un esame accurato dei complessi ventricolari (e quindi dell'eventuale preponderanza dell'uno o dell'altro ventricolo, ecc.), ma lasciano investigare assai bene l'andamento delle contrazioni auricolari. È facile in questo tracciato calcolare con esattezza la frequenza media rispettiva dell'atrio e del ventricolo, come abbiamo fatto in tutti i nostri casi.

La dose in cui fu somministrato il solfato di chinidina (sempre per bocca) fu per lo più la seguente: 40 cgm. alle 8, alle 12, alle 16 il 1° giorno (1 gm. 20); 40 cgm. alle 8, alle 12, alle 16 e alle 20 il 2° giorno (1 gm. 60); 60 cgm. alle 8, alle 12, alle 16 il 3° giorno (1 gm. 80); 40 cgm. alle 8, 60 alle 12, 60 alle 16 e 40 alle 20 il 4° giorno (2 gm.); 60 cgm. in 4 dosi (2 gm. 40) il 5° giorno. Ma da questa regola,

che fu specialmente adottata negli ultimi casi, si fecero talora delle deviazioni, come è indicato appresso nelle singole storie.

E, senz'altro, le riferisco brevemente; vi aggiungo qualche riproduzione di tracciato, senza pubblicarli tutti, perchè non si tratterebbe che di una ripetizione. Del resto, per ogni caso sono citate, nelle varie fasi del trattamento, le frequenze auricolari e ventricolari e i principali fenomeni desunti dall'elettrocardiogramma.

CASO I. — D. M., verniciatore, 50 a. Bevitore, fumatore. Ulcera luetica nel 1891. Aprile 1914: ictus senza perdita di coscienza; da allora emiplegia sinistra. Da vari anni, non precisabili, dispnea da sforzo.

Obiet. — Nutrizione scaduta. Sifiloderma terziario a forma di psoriasi punctata. Piccole linfoghiandole laterocervicali. Polmoni: nulla. Cuore: punta al VI spazio, due dita all'esterno della emiclaveare; debordamento a D. di circa 2 cm.; non soffi, azione cardiaca aritmica. Polso molle, frequente, aritmico. Addome: nulla. Fegato: limiti normali. Milza: debordante per due dita (vecchio malarico). Emiparesi totale sinistra.

È esaminato la prima volta il 25 ottobre 1921 e si constata fibrillazione auricolare: la frequenza auricolare, nella media di diversi tracciati presi prima del trattamento va da 390 a 422 con l'aspetto netto di fibrillazione; mentre il ventricolo batte tra 77 e 84 (v. fig. 1). L'andamento della cura si rileva dalla seguente tabella (v. Tab. II).

Si tratta dunque di un caso in cui il solfato di chinidina (nella dose totale di gm. 6.40) non è riuscito a ricondurre il ritmo normale. Dall'andamento del caso è però facilmente rilevabile l'effetto del farmaco sia nel numero

FIG. 1 e 2. — Caso I. - Passaggio dalla fibrillazione auricolare (fig. 1) al *flutter* (fig. 2) sotto l'azione della chinidina.

In questa, come nelle successive figure, si tratta di tracciati presi con derivazioni toraciche sternali; la standardizzazione è quella oggi universalmente accettata di 1 cm. per 1 millivolt; il tempo è segnato in $^1/_5$ e (meno che nella fig. 2) in $^1/_{25}$ di m''.

e la forma delle oscillazioni auricolari (vedi anche i tracciati riportati), sia sulla frequenza ventricolare.

Il P. non notò alcun disturbo. Le condizioni rimasero invariate.

TABELLA II.

Giorno	Ora	Chinidina	Atrio	Ventricolo	Osservazioni
Nov. 21 (I)	8	0.40			
	10		270	100	*Flutter* impuro
	12	0.40	210	105	*Flutter* puro; blocco 2 1.
	16	0.40	219	105	id. id.
	18		195	98	id. id.
	20		200	100	id. id. (v. fig. 2)
22 (II)	8	0.40	220	110	*Flutter* puro; blocco 2:1.
	10		204	102	id. id.
	12	0.40	210	105	id. id.
	16	0.40	200	100	id. id.
	18		186	127	Le pulsazioni auricolari battono a intervalli regolari ma in qualche punto sembrano mancare; le ventricolari sono a intervalli irregolari.
	20		187	112	Persistono i caratteri precedenti.
23 (III)	8	0.60	220	110	*Flutter* puro blocco; 2:1.
	10		204	100	id. id. (con brevissimo tratto di blocco 3:1).
	12		200	100	*Flutter* puro blocco; 2:1.
	13	0.60			
	16		197	102	L'orecchietta persiste in *flutter* puro; il ventricolo non risponde regolarmente.
	17	0.40			
	19.30		193	113	Le stesse osservaz. precedenti.
	21	0.40			
24 (IV)	8	0.40			
	10		188	103	Le stesse osservaz. precedenti.
	12				
	13	0.60	193	106	Atrio sempre in *flutter*; ventricolo aritmico ma con periodi di ritmicità.
	17	0.60			
			202	107	Le stesse osservazioni.
	19.30		210	110	Le stesse osservazioni.
	21.30	0.40			
25 (V)	10		230	100	Le stesse osservazioni. *Si sospende il trattamento.*
26	10		390	90	Tornati gli stessi caratteri di fibrillazione come prima della cura.

CASO II. — E. B., musicante, 58 a. Discreto fumatore e bevitore. Due aborti della moglie. Lues, non ben curata, sembra 5 a. fa (R. W. + + +). 1906: polmonite. Nel settembre 1921: astenia generale, affanno nel salire le scale, dolenzia lombare, senso di pena alla reg. epigastrica, riluttanza per il cibo, edemi cospicui agli arti inferiori e allo scroto. Il 6 ottobre 1921 enrta in ospedale e si riscontra: rantoli alle basi polmonari; ingrandimento di tutto il cuore; aritmia notevolissima, non soffi; giugulari turgide; polso 120-130; fegato debordante 3 dita. Albumina ass. Viene trattato con digitale (1 gm. in infuso per 3 giorni) a varie riprese. Esce migliorato ma sempre con polso aritmico il 24 ottobre. Il 16 novembre rientra di nuovo in ospedale in stato di scompenso grave; nelle urine albumina, ma non cilindri. Lo scompenso migliora con digitale.

Il 10 dicembre 1921 viene passato a questo Reparto.

Obiettivamente si constata: Nutrizione dinulla. Polmoni: rantoli fini alle basi. Cuore: punta al VI sp., 1 dito all'esterno dell'emiclaveare; debordamento a D. di 2 cm.; azione aritmica; non soffi. Giugulari turgide. Polso radiale piccolo, aritmico, frequente (120-130). Addome: meteorico. Fegato: deborda tre dita. Milza non palpabile.

L'elettrocardiogramma preso prima del trattamento dà fibrillazione tipica, con le seguenti frequenze: A. 480; V. 120. L'andamento durante la cura è qui appresso riportato.

TABELLA III.

Giorno	Ora	Chinidina	Atrio	Ventricolo	Osservazioni
Dec. 12 (I)	8	0.40			
	10 30		384	150	Fibrillazione.
	12.15	0.40			
	12.30		367	150	id.
	16	0.40			
	17		240	120	*Flutter*; blocco 2:1.
	19.30		232	116	id. id.
13 (II)	9 30	0.60			
	10		288	144	*Flutter*; blocco 2:1.
	12		280	140	id. id.
	13	0 60			
	17		370	140	Fibrillazione.
	17.15	0.60			
	19.30		307	142	id.
14 (III)	8	0.60			
	10		78	78	*Ritmo normale.*

In questo soggetto si vede dunque ancora il doppio fenomeno della diminuita frequenza auricolare e dell'aumentata frequenza ventricolare; di più, al 3° giorno di cura, dopo una somministrazione totale di gm. 3.60, si ha il ritorno al ritmo normale.

Però, mentre nessun disturbo il P. aveva sofferto durante il trattamento, salvo una lieve cefalea, al mattino del giorno 14, alle ore 9 circa, probabilmente nello stesso momento in cui ritornava il ritmo normale, si stabiliva, d'un tratto, emiplegia totale sinistra: l'infermo è agitato; la coscienza integra, ma un po' obnubilata. Molto probabilmente, un piccolo coagulo è stato spinto in circolo dall'orecchietta, nel momento in cui riacquistava la sua contrazione valida regolare, ed è andato a costituire un'embolia cerebrale. Fortunatamente, il vaso otturato doveva essere di poca importanza, e la fenomenologia imponente del mattino rapidamente regrediva. Alle ore 16 dello stesso giorno i fatti di *deficit* motorio sono già assai diminuiti; si constata: paresi del VII inferiore sinistro; lingua protrusa deviata a S.; arto super. sin.: forza diminuita, ma tutti i movimenti attivi e passivi completi; arto infer. sin. idem; rotulei vivaci; Babinski assente; sensorio integro. Il giorno 21 la paresi è andata sempre più risolvendo; si constata ancora paresi lievissima del faciale inferiore sin. Il 2 gennaio il P. esce assai migliorato: persiste il ritmo normale. Esso è stato seguito a tutt'oggi ambulatoriamente: ha sempre persistito ritmo normale e il P. si sente benissimo.

In questo caso, veramente istruttivo per la complicazione embolica, il successo è stato assai notevole e il miglioramento netto.

CASO III. — M. O., donna di casa, 48 a. Nè figli, nè aborti. Dal 1912 senso di palpitazione; eseguisce egualmente le faccende domestiche. 1916: edemi arti inferiori; affanno; tre mesi in ospedale: dopo l'uscita non si sentì più in grado di lavorare come prima. Ottobre 1921: di nuovo edemi, affanno; urinazione scarsa: rientra in ospedale.

Passa al nostro reparto il 23 dicembre 1921.

Obiettivamente si riscontra: Nutrizione discreta. Edemi periferici lievi. Polmoni nulla. Cuore: punta al VI spazio sull'ascellare anteriore, debordamento di 1 dito a destra; soffio sistolico alla punta. Polso radiale 80, aritmico. Addome: leggermente dolente all'ipocondrio destro. Fegato: limite superiore VI costa, sulla emiclaveare, margine inferiore a 4 dita dall'arcata. Esame delle urine: negativo. L'elettrocardiogramma dimostra l'esistenza di fibrillazione auricolare; la frequenza al minuto è dell'orecchietta 360, del ventricolo 74.

Il 25 dicembre si somministrano, come saggio della sensibilità della P. al farmaco, due dosi di gm. 0.20 l'una. L'andamento della cura viene qui appresso schematizzato (v. Tab. IV).

Si tratta di un caso in cui, dopo una somministrazione totale di gm. 9.20 di solfato dichinidina, non si riuscì a far ristabilire il ritmo normale. Si ebbe il consueto effetto di rallentamento e regolarizzazione delle contrazioni auricolari; meno evidente l'altro fenomeno dell'aumento di frequenza ventricolare. Nessun disturbo durante il trattamento; anzi subiettivamente, forse per suggestione, un senso di migliorato benessere.

TABELLA IV.

Giorno	Ora	Chinidina	Atrio	Ventricolo	Osservazioni
Dec. 27 (I)	8	0.40			
	10		300	90	Fibrillazione tipica
	12	0.40			
	16	0.40			
	18		250	70	id.
	20	0.40			
28 (II)	8	0.40	276	78	id.
	10		240	78	*Flutter* impuro
	12	0.40			
	16	0.40			
	18		260	70	Fibrillazione
	20	0.40			
29 (III)	8	0.40			
	10		270	74	*Flutter* impuro
	12	0.60			
	16	0.60			
	18		247	67	id.
	20	0.40			
30 (IV)	8	0.40			
	11		252	60	id.
	12	0.60			
	16	0.60			
	19		260	75	id.
	20	0.40			
31 (V)	8	0.40			
	10		247	82	Fibrillazione
	12	0.60			
	16	0·60			
	18		246	72	Fibrillazione. Gli stessi caratteri che all'inizio. *Si sospende il trattamento*

CASO IV. — G. C., 67 a. Non fumatore, nè bevitore. Nega malattie veneree (R. W. neg.). La moglie ha avuto due aborti. Reumatismo nel 1892. Fin dal 1901, senso di palpitazione e affanno; nel 1902, per la prima volta edemi agli arti inferiori, che scomparivano col riposo. Non stette più perfettamente bene. Nel 1913 è ricoverato diversi mesi in ospedale per affanno. Nell'aprile 1921 rientra in ospedale: si constata dispnea, segni di scompenso cardiaco, spiccata aritmia: un elettrocardiogramma, eseguito in quell'epoca in questo Laboratorio, documenta sin d'allora l'esistenza di fibrillazione auricolare. Esce ed è costretto a rientrare due volte all'ospedale, sempre con gli stessi sintomi.

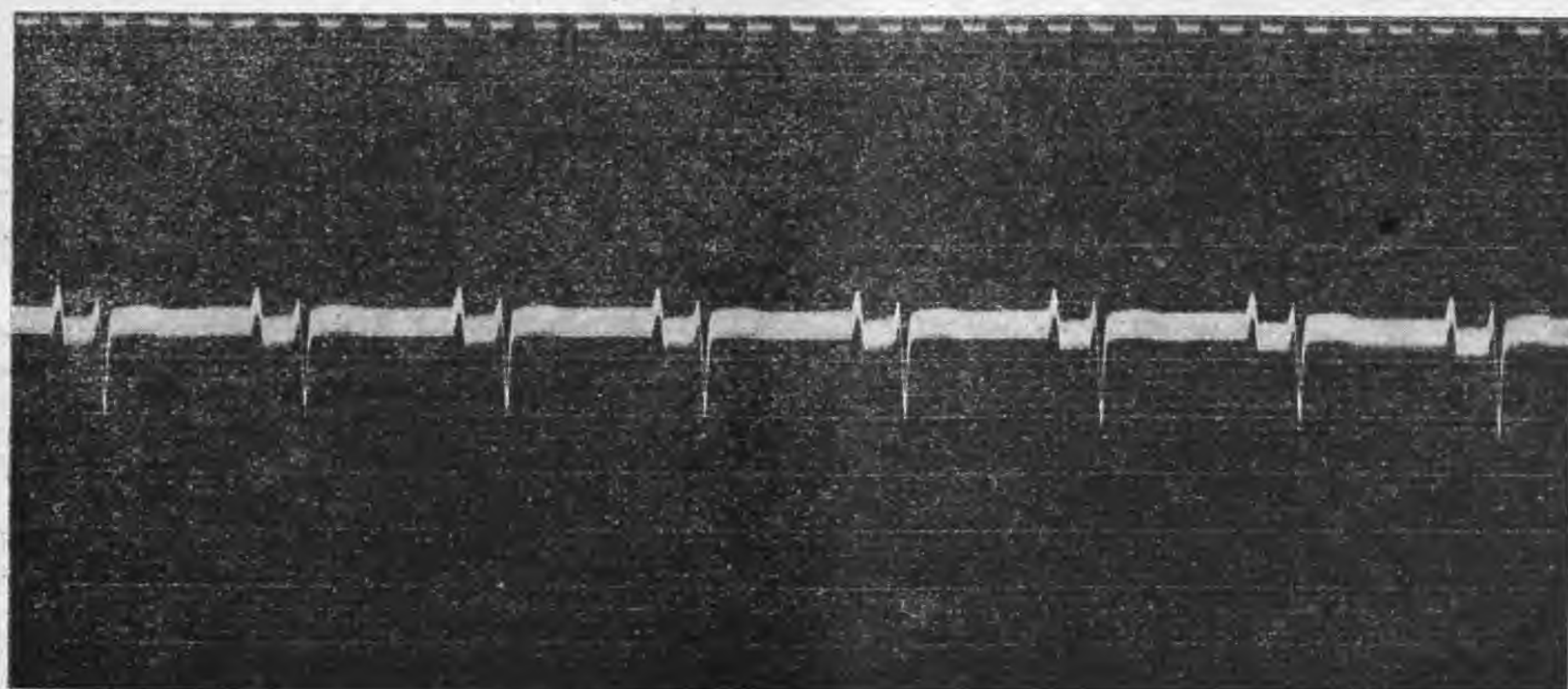
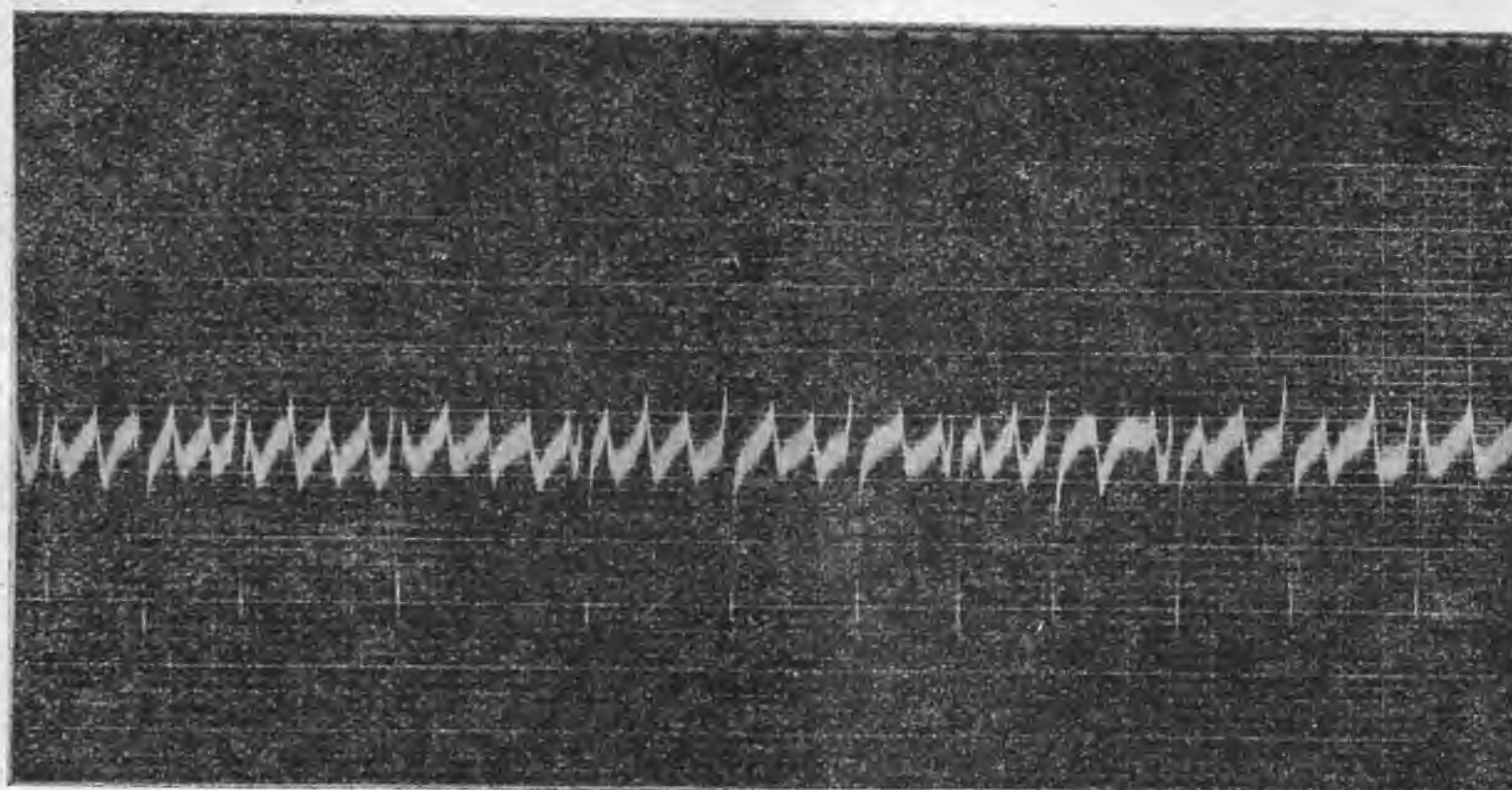
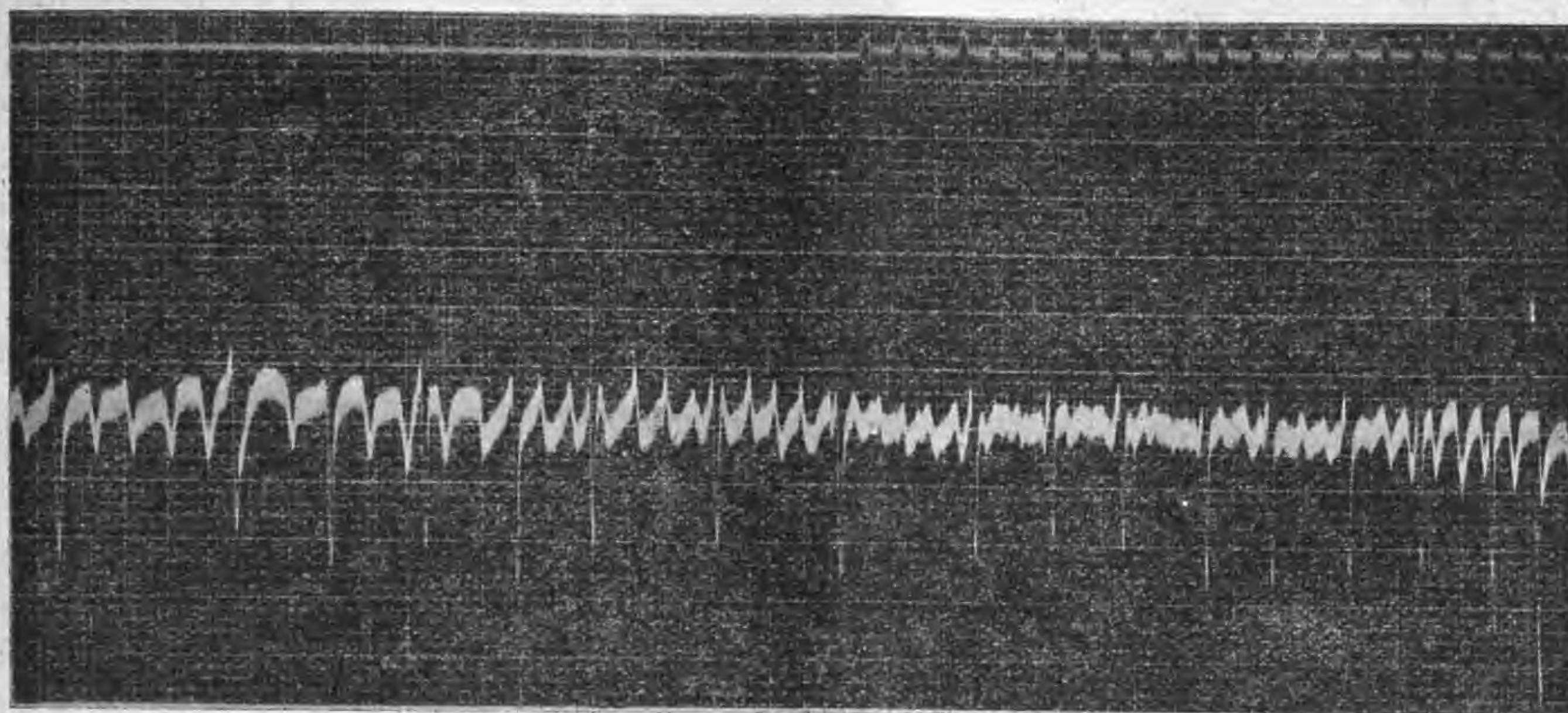



FIG. 3, 4, 5. — Caso IV. - Passaggio, sotto l'azione della chinidina dalla fibrillazione auricolare (fig. 3) al *flutter* impuro con rallentamento della frequenza auricolare (fig. 4), e, in seguito, al ritmo normale (fig. 5).

Entra nel nostro reparto il 27 dicembre 1921. L'E. O. fa rilevare: Nutrizione discreta. Cianosi lieve delle labbra. Polmoni: segni di enfisema moderato. Cuore: punta dietro la VI costa, un dito all'esterno dell'emiclaveare; lieve debordamento a D.; soffio sistolico alla punta. Polso radiale: frequente (100), aritmico. Segni di arteriosclerosi periferica. Addome: nulla. Fegato: margine superiore alla VI costa, margine inferiore palpabile all'arcata. Milza nei confini fisiologici. Urine: nulla.

L'andamento sotto la cura fu il seguente. Prima di iniziare il trattamento: frequenza auricolare 402, frequenza ventricolare 84; aspetto di fibrillazione netta (v. fig. 3). Il giorno 1° gennaio si somministrano le consuete tre dosi; la frequenza auricolare discende a 315 e a 294, la ventricolare sale a 92 e a 108; il tracciato assume il tipo di *flutter* impuro (v. fig. 4). Il 2° giorno (2 gennaio) alle 8 si dànno ancora gm. 0.40; alle 10 il ritmo *era tornato normale*, dopo 1 gm. 60 di chinidina (v. fig. 5). Il P. non ha notato alcun disturbo; al ritorno del ritmo normale ha un certo miglioramento subiettivo, ma non spiccato.

Il 9 gennaio, insieme con un malessere dell'infermo e con la comparsa di modica dispnea, di insonnia, di polso frequente e irregolare, si constata che si è stabilita aritmia: la quale, al tracciato, si rivela consistere in *flutter* impuro con frequenza A. 360 e V. 126. Si somministra digitale per tre giorni con un miglioramento clinico, e col passaggio dell'orecchietta di nuovo a fibrillazione.

Il giorno 26 gennaio l'orecchietta batteva a 360 e il ventricolo a 60: tracciato di fibrillazione. Il 27 gennaio si dànno ancora tre dosi di gm. 0.40 di chinidina. Il 28 al mattino *il ritmo normale si è di nuovo ristabilito.*

Si continua una somministrazione di 40 cgm. quotidiani di chinidina fino al 3 febbraio. Il ritmo normale si mantenne per tutto il mese di febbraio: l'infermo diceva di sentirsi completamente guarito. Ma, ai primi di marzo, piuttosto bruscamente, in 2 o 3 giorni, si ha di nuovo un aggravamento: senso di malessere, di oppressione, insonnia, poi dispnea. Il polso si fa aritmico, e di fatto l'11 marzo si constata all'elettrocardiogramma una seconda recidiva di fibrillazione. L'11 e il 12 marzo si somministra digitale con scarso giovamento. Il 13 marzo si dànno due dosi di gm. 0.40 di solfato di chinidina: alla sera *il ritmo è tornato normale.* Il giorno successivo l'infermo si sente assai meglio: ha dormito bene, la dispnea è scomparsa.

CASO V. — F. M., fruttivendola, a. 54. 5 aborti e 9 parti a termine. R. W. negat. Vita affaticata. 12 a. fa reumatismo. Nel 1916 ha cominciato a notare edemi lievissimi perimalleolari. Nel 1918 affanno lieve nel salire le scale. Detti sintomi si sono accentuati sino ad oggi.

29 gennaio 1922. E. O. Nutrizione discreta. Polmoni: sfregamenti fini alla base di destra (nel 1916 ebbe pleurite). Cuore: punta al V spazio, un dito all'esterno dell'emiclaveare; debordamento a destra di circa 2 dita; azione cardiaca aritmica, non si percepiscono rumori aggiunti. Polso radiale 82, aritmico. Fegato e milza nei confini.

L'elettrocardiogramma prima del trattamento dà: fibrillazione tipica; frequenza auricolare 420, ventricolare 82. Il 2 febbraio si dànno le tre dosi di chinidina nel modo solito: alla sera persisteva al tracciato fibrillazione; la frequenza auricolare era discesa a 280, il ventricolo batteva a 90. Alle 8 del 3 febbraio ancora 40 cgm. di chinidina. Alle 11 *il ritmo è normale* a 66, dopo gm. 1.60 di solfato di chinidina.

Nessun disturbo subiettivo e obiettivo. A tutt'oggi il ritmo normale persiste. Non più affanno. Benessere.

CASO VI. — M. P., contadina, a. 59. 6 figli, non aborti. Discreto affaticamento. A 14 a. polmonite. A 20 a. reumatismo durato qualche mese, spesso recidivato. Nel 1919 difficoltà di respiro e affanno, poi edemi agli arti inferiori: due mesi in ospedale. Nel 1920, 12 novembre: lipotimia (confusione alla testa, barcollamento); al mattino appresso si accorge di non poter camminare e di non poter muovere il braccio sinistro.

Nel dicembre 1921 entra all'ospedale per l'affanno di nuovo sopravvenuto e per cercare di curare l'emiparesi sinistra.

14 gennaio 1922. E. O.: Nutrizione discreta; non edemi. Polmoni: scarsi rantoli fini alla base sinistra. Cuore: punta al V spazio, un dito all'esterno della emiclaveare; debordamento a destra di circa 2 cm.; margine superiore sinistro leggermente rialzato; ascoltazione: aritmia spiccata e notevole frequenza, che impediscono di percepire l'eventuale esistenza di rumori aggiunti. Polso radiale piccolo, frequente (120) aritmico. Fegato: margine superiore VI costa, margine inferiore palpabile a 2 dita dall'arcata. Milza nei confini fisiologici. Segni di emiparesi sinistra. Urine: nulla.

L'elettrocardiogramma rivela: fibrillazione netta, frequenza auricolare 430, ventricolare 120. Il 16 gennaio si dànno tre dosi di chinidina: alla sera persiste fibrillazione (v. fig. 6); la frequenza auricolare e ventricolare sono risp. 336 e 120. Il mattino appresso alle 8 ancora 40 cgm. di chinidina; alle 10.30 *ritmo normale* (v. fig. 7).

Nessun disturbo subiettivo e obiettivo. A tutt'oggi persiste il ritmo normale.

CASO VII. — F. T., donna di casa, 59 a. Reumatismo nel 1889, recidivato nel 1891 e nel 1904. Alla fine di novembre dell'anno scorso (1921) ha cominciato ad avvertire debolezza ed affanno, sia in seguito a sforzi che nel riposo

14 febbraio 1922. E. O. Nutrizione piuttosto scaduta. Lievi edemi periferici. Polmoni: segni d'enfisema. Cuore: punta al V spazio, quasi due dita all'esterno dell'emiclaveare; debordamento a destra di un dito; alla punta soffio prolungato che sostituisce il primo tono e si propaga all'ascella, breve rumore diastolico; 2° tono sdoppiato su tutti i focolai; azione cardiaca aritmica. Fegato: margine superiore VI costa, margine inferiore debordante per tre dita. Milza nei confini fisiologici. Elettrocardiogramma: fibrillazione tipica; frequenza 337 e 52 rispett. per l'orecchietta e per il ventricolo.

La somministrazione di chinidina si inizia il 15 febbraio e viene proseguita per quattro

giorni, nelle dosi già note (risp. gm. 1.20, 1.60, 1.80, 2 *pro die*). Le oscillazioni auricolari scendono subito, già a due ore dalla prima dose, a 290, e nei giorni successivi a 162 (*flutter*), a 234 (*fibrillazione*), a 150 (*flutter*), a 216 (*flutter impuro*), a 138, a 150. La frequenza ventricolare si mantiene tra 60 e 80. Al 5° giorno, visto che si è stabilito un *flutter* che non tende a modificarsi, si sospende il trattamento.

Nessun disturbo subiettivo e obiettivo. Condizioni invariate.

tomi d'enfisema. Cuore: punta al VI spazio, un dito all'interno dell'ascellare anteriore; debordamento a destra di circa 3 cm.; limite superiore sinistro, sulla parasternale, al 2° spazio; all'ascoltazione non rumori, ma azione spiccatamente aritmica. Polso radiale frequente (127), teso, aritmico. Addome voluminoso, indolente. Fegato: limite superiore VI costa, non si riesce a palpare il margine inferiore. Milza nei confini. Urine: tracce di albumina.

Il 15, 16 e 17 febbraio si somministrano 100

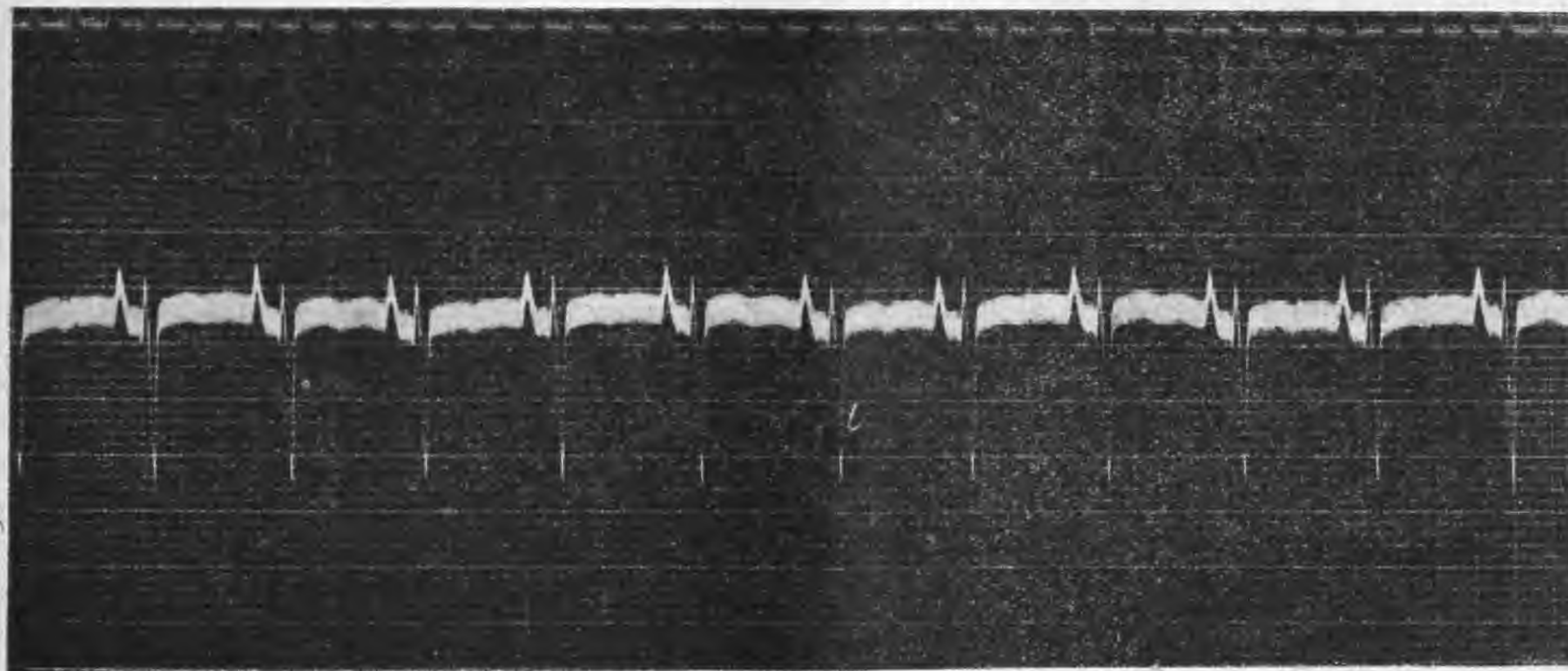
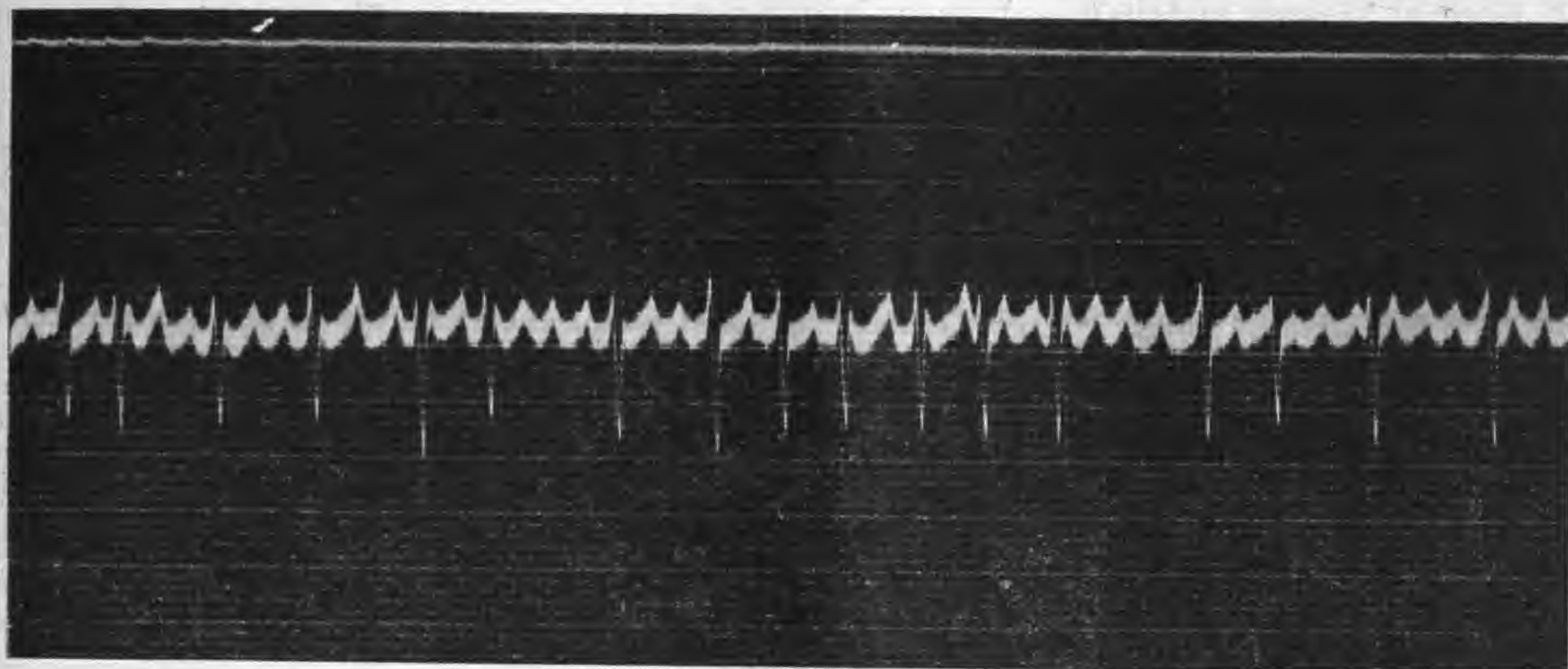



FIG. 6 e 7. — Caso VI. - Passaggio, sotto l'azione della chinidina, dalla fibrillazione auricolare (fig. 6) al ritmo normale (fig. 7).

CASO VIII. — A. V., donna di casa, 63 a., coniugata, 9 figli di cui 5 morti bambini per malattia imprecisabile. Nel 1912 bronchite. Nel 1920 avverte per la prima volta affanno nel salire le scale e poco dopo compare edema agli arti inferiori (scompare col riposo). Tali disturbi sarebbero durati un paio di mesi. Nel gennaio 1922 di nuovo affanno che si è protratto sino all'ingresso in ospedale.

All'E. O. (16 febbraio 1922) si constata: Nutrizione buona; cianosi delle labbra; edema lieve al torace, più accentuato agli arti inferiori; decubito semiortopnoico. Polmoni: sin-

gm. di infuso di digitale 1 %, mentre si mantiene la P. a rigorosa dieta di 800 gm. di latte e a riposo assoluto. Dal 17 al 21 le condizioni vanno nettamente migliorando: il polso è sempre aritmico, ma assai meno frequente (68-76); la dispnea e gli edemi sono scomparsi. Si continua la dieta lattea e si somministra teobromina 1 gm. *pro die*. Urinazione normale. Dal 23 al 27 febbraio persiste il miglioramento. Il 27 febbraio l'elettrocardiogramma documentava l'esistenza di fibrillazione auricolare, con una frequenza auricolare a 364 e ventricolare a 68.

Il 28 febbraio si somministrano 40 cgm. di chinidina alle 8 e altri 40 alle 12: alle 16 *il ritmo era tornato normale*. Esso persiste così tuttora. L'inferma si sente assai meglio.

CASO IX. — V. N., calzolaio, 61 a. Forte bevitore, modico fumatore. Coniugato: 7 figli, non aborti. Non reumatismo. Blenorragia. Nega sifilide. Nel 1913 ha cominciato a notare dolore alla regione sternale, insorgente gradualmente e costringente l'infermo a fermarsi. Tali disturbi si sono andati accentuando; insorgono anche in conseguenza di errori dietetici; scompaiono dopo 10-15 minuti. Nel 1919 ha cominciato a notare affanno nell'affaticarsi.

E. O. (2 marzo 1922). — Nutrizione buona. Lievi edemi pretibiali. Modica cianosi. Polmoni: segni di lieve enfisema. Cuore: punta (non visibile nè palpabile) alla VI costa, un dito all'esterno della emiclaveare; margine destro non delimitabile (per l'enfisema polmonare), all'ascoltazione aritmia cardiaca, non rumori aggiunti. Arteriosclerosi periferica. Polso radiale frequente (100) aritmico. Giugulari visibili. Addome: nulla. Fegato e milza nei confini fisiologici. Urine: nulla.

Il 2 marzo si constatava elettrocardiograficamente la fibrillazione con frequenza auricolare 408 e ventricolare 108. Il giorno 3 si somministrano 100 gm. di infuso di digitale 1 % che riduce notevolmente i battiti ventricolari.

Il 4 marzo si inizia la somministrazione di solfato di chinidina con le consuete dosi, crescenti giornalmente fino ad arrivare a gm. 2.20 l'8 marzo (5° giorno della cura). L'andamento del ritmo fu riassuntivamente il seguente: l'orecchietta scese a 366 subito dopo la 1ª dose, a 300 circa alla fine del 2° giorno e rimase a 240-270 nei giorni successivi; le sue oscillazioni avevano già alla sera del primo giorno assunto l'aspetto di *flutter* impuro, e si mantenevano per tutti i cinque giorni con questo carattere (talvolta apparve un *flutter* quasi puro); il ventricolo, anch'esso un po' regolarizzatosi nel ritmo, battè a 70-90 e 100 nei primi tre giorni, a 70-80 negli altri due. Al mattino del 6° giorno, dopo complessivi gm. 8.80 di chinidina, si constatava il ritorno del *ritmo normale*. Nessun disturbo subiettivo e obiettivo.

CASO X. — V. S., calzolaio, 45 a. Coniugato: non figli nè aborti. Modico bevitore, forte fumatore. Nessuna malattia precedente degna di nota. Nega malattie veneree. Nel luglio 1921 cominciò a notare affanno nel salire le scale, sì da costringerlo a fermarsi. Il 14 gennaio 1921 è colto da febbre alta. Il 16 si sveglia all'improvviso perchè preso da intormentimento all'arto inferiore sinistro, sensazione che si trasforma presto in vivo dolore: questo continuò nei giorni successivi e si aggiunse rossore e senso di freddo: ricoverato in una corsia chirurgica, gli venne constatata gangrena dell'arto inferiore sinistro, che veniva amputato. Il 23 gennaio era trasferito in un padiglione di medicina.

E. O. (1° marzo 1922). — Nutrizione discreta; ghiandole linfatiche palpabili nelle diverse stazioni; non edemi. Polmoni: nulla. Cuore: itto visibile e palpabile al V spazio, a 2 dita all'esterno dell'emiclaveare; aia cardiaca ingrandita verso sinistra, non deborda a destra; rumore di soffio diastolico col massimo di intensità sul focolaio aortico. Pulsazioni visibili al giugulo e alle carotidi. Polso radiale celere aritmico frequente (92). Polso capillare visibile. Addome e organi ipocondriaci: nulla di notevole. Amputazione operatoria dell'arto inferiore sinistro, subito al disotto del ginocchio. Urine: nulla.

Il 1° marzo l'elettrocardiogramma constatava la presenza di fibrillazione auricolare, con frequenza atriale a 450 e ventricolare a 97. Il 5 marzo si iniziava il trattamento con chinidina, con le dosi consuete, giungendo a dare alla VII giornata gm. 2.40 in quattro dosi di cgm. 60 l'una. L'orecchietta alla fine del 1° giorno batteva a 354, e il ventricolo a 126 (il consueto effetto del farmaco), e persisteva la fibrillazione. Al 2° giorno si stabiliva un *flutter* quasi puro, che si continuò poi con un *flutter* puro per tutti i giorni successivi, con una frequenza auricolare che oscillò fra un minimo di 204 e un massimo di 306, e una ventricolare tra 90 e 120. All'8° giorno, vedendo che ormai l'andamento si era stabilizzato sotto una forma di *flutter* puro persistente da 6 giorni e che non si avevano più notevoli modificazioni nella frequenza atriale e ventricolare, la cura veniva sospesa dopo una complessiva somministrazione di gm. 13.60.

È un altro caso con insuccesso, che è interessante perchè presenta la non comune combinazione della fibrillazione auricolare con l'insufficienza aortica. Sarebbe assai più interessante se si fossero potute conoscere bene le condizioni antecedenti di questo paz., se cioè esso fibrillava già al momento in cui si ebbe l'embolia nell'arto inferiore sinistro: invece non possiamo conoscere con esattezza quali furono le cause determinanti la messa in circolo di questo embolo. Da notare anche la forte dose giornaliera a cui si è giunti, senza che il P. avesse a risentirne alcun disturbo.

Pochi giorni dopo, al *flutter* subentrava di nuovo la fibrillazione.

Riassumendo, si tratta di dieci casi di fibrillazione auricolare, la cui diagnosi venne constatata e il cui trattamento con chinidina venne seguito all'elettrocardiografo. L'epoca da cui il disturbo dell'orecchietta datava non può precisarsi: solo per due di essi, il caso II e il caso IV, si conosce con certezza per osservazione personale l'esistenza di una aritmia risp. 3 mesi e 8 mesi prima (per il caso IV con constatazione elettrocardiografica di fibrillazione). Gli infermi vennero tutti trattati mentre erano in grado di discreto compenso, e dopo un eventuale periodo di cura digitalica. Il farmaco non apportò alcun disturbo nè durante nè dopo la cura, tranne in un caso in cui si ebbe la temibile complicazione di una embolia cerebrale. A questo proposito possiamo notare anche come in altri due casi era presente, già stabilita, una emiplegia, e in un terzo poco tempo prima si era prodotta una

embolia della poplitea. La coincidenza così alta può non essere occasionale e trovarsi in rapporto con la frequenza di ambolie nella fibrillazione: esse nei casi suddetti si sono forse prodotte in un periodo in cui la fibrillazione era transitoria e nel momento di ritorno spontaneo al ritmo normale. Ciò concorderebbe con le osservazioni di Mackenzie e di Orr già citate. Del resto è noto da tempo che la stenosi mitralica è una malattia embolizzante (Huchard), ciò è forse in rapporto con la frequenza con cui alla stenosi mitralica si accompagna la fibrillazione auricolare.

In quattro dei nostri casi il trattamento non ebbe successo (fra essi in tre la fibrillazione fu cambiata in *flutter*); in sei invece si ebbe il ritorno al ritmo normale dopo 1-6 giorni di trattamento: questo ritorno fu sempre accompagnato da miglioramento notevole. In tutti si ebbe un evidente effetto del farmaco sul ritmo cardiaco, concretato nei due fenomeni (il cui significato sarà discusso nel paragrafo seguente) del rallentamento del ritmo auricolare, dell'accelerazione, non costante, del ritmo ventricolare. Uno solo dei casi di guarigione recidivò e due volte; in ambedue la recidiva fu presto vinta con una breve ulteriore somministrazione di chinidina. Infine, la data delle nostre osservazioni è troppo recente per poterci pronunziare sulla persistenza della guarigione del ritmo: tutti i casi trattati presentano a tutt'oggi ritmo normale: il più antico di essi risale a tre mesi.

IL MECCANISMO D'AZIONE DELLA CHINIDINA.

Alla fine di questa esposizione, credo opportuno di riassumere i risultati dei più importanti e più recenti studi intrapresi per spiegare il meccanismo d'azione del farmaco.

Già Santesson nel 1893 e più tardi F. B. Hoffmann nel 1913 dimostrarono che la chinidina deprime la ritmicità, la contrattilità e l'irritabilità del cuore. Hecht e Rothberger nel 1918, sperimentando sui cani, hanno constatato per azione della chinidina un rallentamento della frequenza sino-auricolare, una depressione della condizione atrio-ventricolare, una riduzione dell'eccitabilità auricolare (cui attribuiscono il fatto da essi constatato della pronta terminazione, nel cane, per mezzo della chinidina, di fibrillazioni che duravano da tempo). Schott nel 1920, sperimentando sul cuore di cavie, giunge a risultati analoghi. Boden e Neukirch (1921), lavorando con cuori di cavia e di feto umano isolati e trasfusi, dimostrano che la chinidina rallenta la frequenza cardiaca, determina paralisi dell'orecchietta, abbrevia l'intervallo atrio-ventricolare, e finalmente termina col produrre paralisi ventricolare. Infine Pezzi e Clerc, sperimentando sul cuore di cane, arrivano alla conclusione che il chinino, e in gran parte anche la chinidina, determina una azione depressiva su tutte le proprietà fondamentali del miocardio nel senso di Engelmann: e cioè una azione cronotropa negativa (bradicardia totale), inotropa negativa (diminuzione della contrattilità miocardica), dromotropa negativa (interessante tutte le vie di conduzione del fascio specifico del cuore), batmotropa negativa (diminuzione dell'eccitabilità: aumento della soglia necessaria a provocare una extrasistole, soppressione della fibrillazione auricolare, incapacità di provocare fibrillazione in cani chinizzati); depressiva sul sistema nervoso moderatore, depressiva sul sistema nervoso acceleratore; vasocostrittiva periferica.

L'osservazione clinica, d'altro lato, ci fa vedere, specialmente quando si segue il paziente all'elettrocardiografo durante il trattamento, una diminuzione e una regolarizzazione delle oscillazioni auricolari, un aumento della frequenza ventricolare: come abbiamo notato nell'esame dei casi trattati da altri Autori e nelle osservazioni personali.

Il lavoro più completo e più soddisfacente è stato quello compiuto da sir Thomas Lewis e collaboratori, i quali hanno investigato a fondo il problema. Consigliando il lettore a consultare l'articolo originale, ne riferisco qui brevemente. Gli AA. hanno constatato, lavorando su cani narcotizzati e con cuore messo allo scoperto (onde poter eseguire delle derivazioni elettrocardiografiche direttamente dalla superficie auricolare, e per poter imprimere al cuore, per mezzo di stimoli elettrici, un ritmo costante, ed eventualmente un extrastimolo, allo scopo di misurare il periodo refrattario), con e senza l'intervento dell'atropina (per escludere l'influenza del vago) i seguenti effetti, sotto l'azione della chinidina:

1° Un rallentamento di 30-40 e anche 80 battiti al minuto nella frequenza del ritmo sino-auricolare.

2° Un allungamento dell'intervallo atrio-ventricolare, eventualmente la produzione di un blocco A-V.

3° Un rallentamento del 50-100 % della velocità di conduzione intraauricolare.

4° Un rallentamento (misurato dall'allungamento del gruppo Q R S) dela velocità di conduzione intraventricolare. Questi quattro fenomeni vanno di pari passo sia nel loro comparire dopo l'iniezione di chinidina (che

fu sempre usata in dosi paragonabili a quelle cliniche), sia nel loro regredire: gli ultimi tre dimostrano che la chinidina esercita un effetto apparentemente uniforme sul potere dei diversi tessuti interessati alla conduzione.

5° Riguardo al comportamento della eccitabilità, gli AA. hanno constatato, da un lato, un innalzamento della soglia dello stimolo, e, dall'altro (con misurazioni specialmente notevoli data la difficoltà di stabilire esattamente una tale determinazione), un allungamento considerevole del periodo refrattario assoluto del 50-100 %. È a quest'ultimo fattore che essi pensano debba attribuirsi la maggior parte, se non tutto, il complesso delle modificazioni di eccitabilità dell'orecchietta sotto chinidina, perchè l'innalzamento della soglia dello stimolo è materialmente piccolo.

6° Quanto alla frequenza ventricolare, essi ricordano esser ben noto che aumentando a un sufficiente grado le contrazioni auricolari il ventricolo non risponde più regolarmente a tutte le contrazioni atriali, mentre un eventuale blocco A-V già esistente tende ad intensificarsi. Essi ritengono, quindi, che l'aumento della frequenza ventricolare sotto chinidina sia in parte da attribuirsi al fenomeno inverso, cioè alla diminuzione, già constatata, della frequenza auricolare; mentre in parte esso è dovuto, come vedremo, all'effetto della chinidina sul vago.

7° L'azione della chinidina sul vago è studiata dagli AA. nelle due reazioni che questo nervo normalmente oppone alla sua stimolazione: cioè la depressione della conduzione A-V e la riduzione della frequenza del ritmo sino-auricolare. Essi misurano l'effetto della stimolazione del vago su questi due fenomeni prima e dopo l'iniezione di chinidina, e constatano, per azione di queste, una soppressione completa, o quasi, dei due effetti: in altri termini, una azione paretica, talvolta paralitica, della chinidina sul vago. È a questa azione paretica che può essere in parte attribuita l'aumentata frequenza ventricolare quando si somministra chinidina nei casi di fibrillazione auricolare.

In possesso di questi dati sperimentali Lewis passa a discutere il meccanismo d'azione della chinidina sulla fibrillazione. Egli parte dal presupposto (da lui e dalla sua scuola ampiamente illustrato e documentato) dell'onda circolante come meccanismo basale della fibrillazione, e più particolarmente dai tre fattori che controllano questo movimento circolare: 1° la lunghezza del percorso seguito dall'onda; 2° la velocità con cui quest'onda cammina; e 3° la durata del periodo refrattario in un punto qualsiasi del percorso. D'altro lato egli ricorda che le principali reazioni che si osservano in pazienti di fibrillazione in seguito a somministrazione di chinidina sono (come già sappiamo) tre: 1ª una progressiva diminuzione nella frequenza delle oscillazioni producentesi nell'orecchietta; 2ª una brusca terminazione del meccanismo auricolare abnorme e ritorno al ritmo normale (non costante); e 3ª un aumento della frequenza ventricolare.

1° e 2° *Modificazioni dell'azione auricolare.* — Nella fibrillazione l'onda di eccitazione circola continuamente nell'orecchietta, ripassando via via nello stesso percorso o quasi: ciò è possibile solo se da un lato la velocità di conduzione è sufficientemente lenta (altrimenti il circuito è completato prima che il muscolo al dinanzi dell'onda sia ritornato in condizioni normali), e dall'altro il periodo refrattario in un punto qualsiasi è sufficientemente breve (altrimenti l'onda troverà dinanzi a sè muscolo ancora ineccitabile). Ne segue che *ogni agente che prolunghi sufficientemente il periodo refrattario o che acceleri sufficientemente la conduzione farà terminare la fibrillazione.* In realtà, l'allungamento del periodo refrattario in un dato punto non porta necessariamente a un arresto dell'onda circolante, perchè questa può deviare, allungando il suo percorso, con la conseguenze di diminuire il numero delle rivoluzioni per minuto. Ora l'osservazione sperimentale ci ha dimostrato che la chinidina allunga effettivamente il periodo refrattario: con questo fatto ci possiamo spiegare, quindi, ciò che si vede clinicamente, cioè sia l'arresto della fibrillazione, sia il rallentamento delle contrazioni auricolari. Tuttavia, al contrario delle premesse teoriche sopra esposte, clinicamente il secondo fenomeno è costante, il primo è incostante. La ragione di ciò è che interviene un secondo fattore, anch'esso dimostrato sperimentalmente come effetto della chinidina, e cioè la diminuita velocità di conduzione dell'onda: questo fattore da un lato influirà (e sarà in questo effetto il fattore predominante, perchè abbiamo visto che l'altro non è costante) sulla frequenza delle contrazioni auricolari rallentandola, dall'altro tenderà ad elidere l'effetto del fattore «*allungamento del periodo refrattario*» facendo stabilire più saldamente la persistenza dell'onda incolore. Solo quando il fattore «*allungamento del periodo refrattario*» prevale sull'altro «*diminuita velocità di conduzione*» il movimento circolare avrà termine: e di fatto, il ritorno al ritmo normale con la chini-

dina si verifica clinicamente solo nella metà dei casi circa. Mentre, concorrendo ad esso concordemente ambedue gli effetti della chinidina ora considerati, l'altro fenomeno del rallentamento delle contrazioni auricolari sarà costante: come si osserva appunto clinicamente.

3° *Accelerazione ventricolare*. — Il significato di questo fenomeno clinico è stato già discusso. Vi sono due ragioni perchè le risposte del ventricolo all'orecchietta fibrillante debbano aumentare di numero: la diminuzione della frequenza auricolare e la paresi del vago.

CONCLUSIONE.

Sono stati trattati dieci casi, che si aggiungono alla statistica di essi in sei si ebbe il ritorno al ritmo normale. Furono tutti seguiti elettrocardiograficamente e si constatò come effetto del farmaco un rallentamento della frequenza auricolare e un acceleramento della ventricolare in tutti. In uno dei casi si ebbe una embolia cerebrale. Per il resto nessun disturbo subiettivo e obiettivo; anzi un evidente miglioramento nei casi con successo dopo il ritorno al ritmo normale. In uno solo, a tutt'oggi, si ebbe recidiva, scomparsa poi con successiva somministrazione.

18 marzo 1922.

Ringraziamo vivamente i primari del Policlinico, professori Bignami e Carducci, che ci hanno ceduto per qualche giorno in cura alcuni dei malati della nostra serie, i quali erano ricoverati nei Padiglioni da loro diretti.

LETTERATURA.

1. BENJAMIN e v. KAPFF. Deutsch. med. Woch., 6 gennaio 1921.
2. v. BERGMANN. Münchn. med. Woch., 1919, 66, 705.
3. BODEN e NEUKIRCH. D. Arch. f. Klin. Med., giugno 1921.
4. CUSHNY e EDMUNDS. Am. Journ. Med. Sc., 1907, 133, 66.
5. DRURY e ILIESCU. Brit. Med. Journ., 1° ottobre 1921.
6. ELLIS e CLARK-KENNEDY. The Lancet, 29 ottobre 1921.
7. FABER. Ugesk. f. Laeger, 5 maggio 1921.
8. FREY. Berl. klin. Woch., 1918, 18, 19, 36.
9. ID. D. Arch. f. Klin. Med., aprile 1921.
10. HAMBURGER. Journ. of the Am. Med. Ass., 3 dicembre 1921.
11. HECHT. Wien. klin. Woch., 1917, 6, 171.
12. HECHT e ROTHBERGER. Zeitsch. f. d. ges. exp. Med., 1918; 7, 135.
13. HEWLETT e SWENEY. Journ. of the Am. Med Ass., 3 dicembre 1921.
14. HOFFMANN. Zeitschr. f. Biol., 1920; 53, 47.
15. JENNY. Schw. med. Woch., 1921; 51, 272.
16. KLEWITZ. Deutsch. med. Woch., 1° gennaio 1920.
17. LESCHKE e OHM. Münchn. med. Woch., 1921, 68, 65.
18. LEVY. Journ. of the Am. Med. Ass., 7 maggio 1921.
19. LEWIS. *The Mechanism a. graphic registr. of the Heart beat*. London, 1920.
20. LEWIS. e collaboratori. Heart, 1920 e 21, 7, n. 3 e 4; 8, n. 1, 2-3, 4.
21. LEWIS. The Lancet, 1921, 1, 785, 845.
22. LEWIS, DRURY, ILIESCU e WEDD. Heart, 1921, 9, 55.
23. MACKENZIE J. Brit. Med. Journ., 8 ottobre 1921.
24. MELDOLESI. Policlinico, Sez. prat., 7 marzo 1921.
25. OPPENHEIMER e MANN. Jour. of the Am. Med. Ass., 3 dicembre 1921.
26. ORR. Brit. Med. Journ., 8 ottobre 1921.
27. PEZZI e CLERC. Le malattie del cuore, novembre e dicembre 1921.
28. ROTHBERGER e WINTERBERG. Arch. f. d. ges. Phisiol, 1910; 131, 387, 407.
29. SANTESSON. Arch. f. exp. Path. u. Pharm.. 1893, 32, 227.
30. SCHOTT. D. Arch. f. Klin. Med., 1920, 134, 208.
31. WENCKEBACH. *Die unregelmässige Herztätigkeit*. Lipsia, 1914.
32. WISSER. Inaugur. Dissert. Colonia, 1920.

Contributo alla terapia chirurgica degli epiteliomi primitivi delle dita della mano.

Dott. ARTURO MANNA
aiuto-chirurgo negli Ospedali di Roma.

Durante il periodo di servizio di aiuto chirurgo nell'Ospedale di S. Maria della Consolazione (Riparto del prof. Muzii) ho avuto occasione di osservare ed operare un caso di epitelioma primitivo della regione dorsale del pollice, che per il suo decorso (sviluppo locale e metastasi) e per il metodo operativo da me seguito, ho creduto opportuno pubblicare, quale modesto contributo alla cura di tali affezioni.

Riferisco senz'altro il caso clinico:

Anamnesi. S. G. di a. 57 nativo di Colli di Roiopiani, pastore, entra in ospedale il 18 aprile 1921.

Il padre è morto a 42 anni di malattia acuta imprecisabile; la madre è morta a 60 anni sembra per un tumore maligno dell'utero; ha due fratelli e una sorella viventi e sani. L'infermo ha in precedenza goduto sempre buona salute; non ha prestato servizio militare; asserisce di non aver mai contratto malattie veneree.

Circa cinque anni fa notò la comparsa di una piccola tumefazione sulla regione dorsale della base del pollice destro in prossimità del primo spazio interdigitale; non vi pose molta attenzione e per circa quattro anni la piccola tumefazione si mantenne della grandezza di

una lente. Circa un anno fa volle farsi visitare da un sanitario il quale estirpò la piccola tumefazione; al posto di essa residuò una cicatrice di colorito rossastro che lentamente andò aumentando in superficie; non aveva però alcun disturbo e poteva continuare i suoi lavori.

Trascorsero così altri sei mesi e nel dicembre dello scorso anno l'infermo volle farsi visitare da un altro sanitario il quale cominciò ad applicare sulla cicatrice un liquido caustico, sembra acido solforico. Le applicazioni furono fatte a giorni alterni per circa un mese. Dopo la prima applicazione la superficie arrossata descritta si cambiò in una tumefazione che andò man mano aumentando in superficie ulcerandosi nel mezzo. Pur tuttavia le applicazioni del caustico furono continuate sempre colla speranza (a dire dell'infermo) di limitare l'accrescimento del male. Ma in breve tempo, cioè dal dicembre u. s. la tumefazione ulcerata assunse dimensioni sempre maggiori fino a che il sanitario credè opportuno consigliare l'infermo a recarsi in un ospedale. È da notare ancora che dopo la prima applicazione del caustico tutto l'arto superiore si arrossì e tumefece e alla regione sopraepitrocleare ed ascellare comparvero tumefazioni che non scomparvero più.

Esame obbiettivo. — Individuo in ottime condizioni generali di nutrizione e sanguificazione. Organi toracici e addominali sani; non tracce di lues nè pregressa nè in atto.

Arto superiore destro: è tutto più ingrossato del sinistro, specialmente l'avambraccio; la cute di esso ha un colorito lievemente cianotico, sembra più spessa e non si lascia sollevare che a stento dal tessuto sottostante. La regione dorsale della mano destra è occupata da una vasta ulcerazione che dal primo spazio interdigitale giunge sulla faccia palmare, occupando una parte dell'eminenza tenare, ritorna sulla faccia dorsale del pollice, segue il margine esterno del primo metacarpo fino alla regione laterale esterna del polso, passa sulla regione dorsale, ripiegandosi distalmente per tornare al primo spazio interdigitale. I margini dell'ulcerazione sono irregolari e sollevati in qualche punto di pochi millimetri, ed in altri circa un centimetro dal rimanente piano della cute; in qualche punto sono anche estroflessi. La superficie è irregolarissima; si notano dei bottoncini carnosi di forma e grandezza varia, da una piccola lente ad una ciliegia, di colorito rosso fosco, con qua e là dei punticini biancastri. Tutta la superficie sanguina facilmente al più piccolo contatto. La consistenza dei margini è dura. La cute per circa un paio di centimetri intorno all'ulcerazione è di colorito rosso ardesiaco ed è infiltrata tanto che non si può sollevare tra due dita. Dalla superficie ulcerata emana un odore sgradevole. I movimenti del pollice sono limitatissimi; quelli delle altre dita sono completi.

In corrispondenza della sede dei gangli epitrocleari si nota una tumefazione a superficie irregolare, grande quanto una noce e poco mobile. La pelle soprastante è normale.

In corrispondenza della regione del cavo ascellare, tutto il pacchetto ghiandolare è infiltrato formando un unico blocco di consistenza dura lignea, che si continua in parte dietro il gran pettorale. Nulla di notevole nella fossa sopraclaveare. La radiografia fece rilevare una rarefazione del tessuto osseo della testa del primo metatarso.

In seguito all'esame obbiettivo suddetto si fa diagnosi di epitelioma del corpo mucoso del Malpighi del dorso della mano destra con metastasi epitrocleari ed ascellari e si decide senz'altro di operare l'infermo dividendo l'intervento in due tempi: in un primo tempo svuotamento del cavo ascellare, in un secondo tempo asportazione del ganglio epitrocleare e disarticolazione del pollice.

Operazione (1° tempo) 23 aprile 1921. — Anestesia generale cloroeterea. Incisione nel cavo ascellare come per la ricerca dei vasi. Isolamento ed asportazione di tutte le linfoghiandole del cavo, una delle quali era grossa come un uovo di gallina; alcune di esse erano in intimi rapporti colla vena ascellare, tanto che per estirparli fu dovuta fare una preparazione completa di detto vaso e la legatura di alcune collaterali. L'esplorazione del gruppo delle linfoghiandole sottoscapolari fu negativo. Emostasi accurata e sutura in seta lasciando due grossi tappi di garza jodoformica.

Essendo l'individuo robusto ed avendo tollerato benissimo la prima operazione, il 27 dello stesso mese si praticò il 2° tempo. In cloroeteronarcosi si estirpò con una incisione longitudinale il ganglio sopraepitrocleare, e si asportò il tumore principale disarticolando il pollice con il suo metacarpo. Non fu possibile avere un lembo sufficiente per colmare l'enorme perdita di sostanza e si lasciò una gran parte della superficie della ferita guarire per granulazione.

Il decorso post-operatorio fu ottimo; l'infermo non ebbe che qualche lieve rialzo febbrile. La ferita ascellare granulò e cicatrizzò rapidamente; quella epitrocleare ritardò alquanto per un lieve processo suppurativo. La ferita alla mano granulò rapidamente e al 15 maggio, quando cioè l'infermo fu dimesso a sua richiesta, la superficie granulante era di buon aspetto e notevolmente ridotta.

Sull'argomento in oggetto nulla di speciale esiste nella letteratura ad eccezione di un bel lavoro di Razzaboni che ho potuto leggere proprio mentre mi accingevo a pubblicare il presente caso.

Brevi considerazioni anatomiche e cliniche

quindi basteranno giacchè le mie considerazioni collimano quasi in tutto con quanto il suddetto A. ha esposto nel suo articolo (*Chirurgia degli organi del movimento*, dicembre 1920).

Ricordo solamente che nel mio caso trovo la conferma del fatto ormai noto che al ganglio sopraepitrocleare non giungono solamente i linfatici delle ultime due dita, come è detto in qualche trattato d'anatomia, ma per numerose anastomosi vi pervengono anche quelli delle altre dita e della corrispondente parte del dorso della mano.

Nella mia osservazione infatti la metastasi cancerosa del ganglio sopraepitrocleare era sorta rapidamente e prima di quella ascellare ed aveva assunto uno sviluppo quasi maggiore delle singole linfoghiandole di questa regione.

Per ciò che riguarda la cura ho creduto dividere l'operazione in due tempi per poter con più agio completare i due interventi e non aggravare tanto l'infermo con una lunga narcosi. Si sa infatti che lo svuotamento delle linfoghiandole infiltrate del cavo ascellare è sempre un'operazione indaginosa che richiede tempo e pazienza.

L'aver poi aggredito prima le metastasi che il tumore primitivo, cosa che consiglio sempre di fare, mi è stato suggerito sia perchè così si vengono ad interrompere subito le vie per ulteriori metastasi e sia perchè, come giustamente fa osservare il Bastianelli (*Lezioni Cliniche*, 1910) se si asportasse in una prima seduta operatoria il tumore principale, l'infermo di mal grado si assoggetterebbe ad una seconda operazione ritenendola superflua, giacchè dai profani non è compresa l'importanza delle metastasi. Il Bastianelli infatti nei tumori maligni della lingua e del pavimento della bocca con metastasi cervicali divide la cura in due tempi operando prima le metastasi e poi il tumore iniziale, per le ragioni sopra esposte.

Nel mio caso infine l'esame per quanto accurato della fossa sopraclaveare, praticata anche durante lo svuotamento del cavo ascellare, fu negativa e quindi non ritenni opportuno praticare un intervento più grave.

Per ciò che riguarda poi lo sviluppo del tumore mi basterà accennare alla grande influenza che hanno gli stimoli esterni, come è dimostrato nel mio caso, in cui un tumore rimasto limitatissimo per oltre quattro anni, assunse uno sviluppo rapidissimo e lanciò metastasi, in seguito ad applicazione di sostanze chimiche, che debbono esser sempre proscritte.

IGIENE.

L'irrancidimento del burro.

Numerosi e svariati sono i microrganismi, che si trovano nel burro; prevalgono negli strati esterni (fino a 47.000.000 per g.) ma non mancano anche negli interni (2.000.000); sono più abbondanti nei burri di panna acida, in cui arrivano anche a 100 milioni per g. e scompaiono quando il burro è molto vecchio ed alterato.

A prescindere dalle specie patogene, la flora è più uniforme nei burri di panna acida, in cui predominano i batterî dell'acido lattico, specialmente streptococchi. Fra gli altri germi, si trovano batterî bianchi, gialli, fluorescenti, fluidificanti e non, enterococchi. *Bact. aërogenes*, *B. coli*, diverse varietà di protei; fra gli sporigeni, il *subtilis*, *il mesentricus*, gli anaerobi dell'acido butirrico, di cui la eventuale presenza induce alterazioni nel burro. Altri germi che si riscontrano sono actinomiceti (*Streptothrix alba*) blastomiceti (*Torula*) e muffe (diverse specie).

Notevole è l'influenza che tutti questi microrganismi hanno sui caratteri del burro, molti, specialmente quelli dell'acido lattico, danno un particolare aroma che si ritiene dovuto a piccole quantità di alcool, o di acido butirrico o capronico, od a prodotti di decomposizione di proteine. Alterazioni del burro possono essere colorazioni anormali (blastomiceti, muffe), consistenza molliccia (batterî mucosi), produzione di bolle (batterî produttori di gas), odore di pesce o di sego (fluorescenti, *oidium lactis*), di rapa (*Bac. foetidus lactis; B. putidum*) sapori diversi repugnanti (*Streptothrix*, gruppo del sottile).

L'alterazione più frequente è l'irrancidimento, che viene attribuito a diverse cause e comprende due processi spesso consecutivi od associati. L'uno è la scissione idrolitica dei trigliceridi degli acidi grassi, per mezzo della lipasi dei microrganismi, con ulteriore decomposizione dei prodotti di scissione. L'altro è l'ossidazione dei grassi da parte specialmente dell'ossigeno dell'aria e dell'azione concomitante della luce e dell'aria; la produzione da parte dei germi, di enzimi ossidanti i grassi, non è stata ancora dimostrata.

Questi processi sono caratterizzati dalla perdita della particolare dolcezza e dell'aroma, e da formazione di prodotti di odore e sapore spiacevole, nonchè da sviluppo di acidità; il gusto di rancido poi sarebbe dovuto alla ossidazione della glicerina, messa in libertà dall'idrolisi iniziale.

L'accertamento della rancidità si fa principalmente in base ai caratteri organolettici; non può servire come indice il grado di acidità, poichè gli acidi volatili, che agiscono sull'odore e sul sapore, possono venire neutralizzati da prodotti basici del ricambio (ammoniaca), o distrutti da altri germi; i numeri di saponificazione, di jodio, l'indice di Reichert-Meissl possono fornire qualche criterio.

I caratteri del burro sono diversi a seconda che l'irrancidimento è dovuto a cause fisiche (aria, luce, temperatura) o batteriche.

Nel primo caso si ha un colore più chiaro, diminuzione del numero di jodio (ossidazione dei grassi), presenza di acidi volatili (specialmente acido formico), evidente reazione delle aldeidi, odore di sego, piuttosto che di rancido.

Il burro rancido per opera di germi si presenta più scuro e trasparente; vi è stata scissione dei grassi con susseguente neutralizzazione, distruzione, evaporazione degli acidi volatili, prevalgono quindi gli acidi liberi, non volatili, la reazione delle aldeidi è debole.

La rancidità con odore aromatico non disgustoso e con sapore pungente pessimo è data da *Pennicillium glaucum* e può essere prodotta anche in presenza di alcalinità od acidità elevata (5 % di alcali o di acido $N/_1$); la rancidità accompagnata da cambiamento di colore è dovuta a bacilli, muffe, lieviti. Le diverse azioni dei germi possono così raggrupparsi:

a) Scissione dei grassi, senza formazione di eteri: la glicerina formatasi non viene attaccata. Fluorescenti, prodigioso *Oidium lactis*;

b) Scissione dei grassi, formazione di eteri, glicerina attaccata. *Cladosporium butyri*, *Pennicillium*;

c) Manca la scissione dei grassi, formazione di eteri, glicerina attaccata. *Mycoderma*.

Particolarmente importanti sono le muffe, sopratutto per l'evidente contenuto in lipasi; N. Stokoe recentemente ha potuto riprodurre sperimentalmente nel burro diverse alterazioni, insemenzandolo con diverse muffe e tenendolo per 7 giorni a 20°. Il *Pennicillium glaucum* dà odore di acido butirrico, l'*Aspergillus* odore di rancido e di muffa, il *Cladosporium* odore di vecchio e cambiamento di colore, il *Mucor mucedo* odore di vecchio e di rancido.

Tutte queste alterazioni, che si osservano anche nella margarina, nell'olio di cocco o di palma, e quindi anche nei burri artificiali o misti, provengono da contaminazione dell'aria, degli utensili, delle macchine e degli stessi materiali grezzi usati per la fabbricazione del grasso. Particolarmente sono causa di inquinamenti i barili in legno e la carta da involgere. La prevenzione di tali alterazioni si fa con una scrupolosa pulizia di tutti gli oggetti usati e del personale addetto.

A. FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La pericardite nella nefrite cronica.

(A. L. BARACH. *Am. Journal of med. Sciences*, gennaio 1922).

La pericardite fu trovata nel 4-14 % di autopsie per nefrite, secondo le statistiche dei vari autori; la nefrite, nel 7-14 % di autopsie per pericardite. Su 929 casi clinici di nefrite l'A. trovò 30 pericarditi; nessuna in casi di nefrite acuta, o di nefrosi, con ritenzione di sali ed acqua soltanto. Tutte si presentarono in casi di nefrite cronica, con ipertensione notevole (in media 214/136 con un minimo di 170/110 mm. Hg.), anemia secondaria spiccata (generalmente meno di 3,000,000 di emazie, e meno del 50 % di Hb.), modica leucocitosi e polinucleosi, tendenza alle emorragie (petecchie, porpora, epistassi, ematemesi, rettorragie), notevole azotemia, scarsa e tarda escrezione della fenolsulfoneftaleina, e cospicua acidosi (scarso contenuto di CO_2 nel plasma, in media vol. 28,7 per cento).

Non vi era evidente rapporto tra il grado di acidosi, di azotemia, e del disturbo di escrezione della ftaleina.

La pericardite fu riconosciuta clinicamente in 27 casi, per la presenza di sfregamenti (26 casi) o di liquido (1 caso), che in queste pericarditi è generalmente scarso. La sopravvivenza fu in media di sedici giorni, ma in qualche caso di alcuni mesi, fino ad un anno (1 caso, con sinfisi pericardica, veduta all'autopsia). Nè l'acidosi nè la pericardite sembrano essere state la *causa mortis*, da attribuire piuttosto all'azotemia. L'acidosi fu spesso combattuta col bicarbonato.

All'autopsia, praticata in 18 casi, furono trovati generalmente reni atrofici (per lo più atrofia glomerulare, e talora arteriosclerotica), in accordo con la massima parte degli autori; solo Stewart ritiene la pericardite egualmente frequente nella nefrite parenchimatosa e nell'interstiziale.

Fu trovato generalmente scarso liquido nel pericardio; in un caso nel quale era stata fatta la puntura, ne furono trovati all'autop-

sia 2000 cc. L'epicardio, generalmente ispessito, mostrava in cinque casi un'infiltrazione di polinucleati, e nei rimanenti un'infiltrazione linfocitaria o nessuna infiltrazione: in questi le culture rimasero sterili, negli altri furono trovati vari cocchi piogeni, il coli, il b. di Friedländer, e uno speciale bacillo gramnegativo: simili reperti istologici e batteriologici ebbero anche altri AA. In due casi il germe fu coltivato anche dal sangue. In un caso con broncopolmonite terminale da pneumococco tipo IV il pericardio risultò sterile, benchè il pneumococco sia tra i germi che più generalmente invadono il pericardio.

L'A. ricorda i tentativi di produrre sperimentalmente negli animali una pericardite ledendo i reni, o iniettando urea e carbonato d'ammonio nel pericardio, con scarsi ed incerti risultati: vi riuscì Banti associandovi la cauterizzazione del pericardio. Il siero dei malati di pericardite brightica è meno tossico del siero dei normali. Tuttociò sarebbe contro l'ipotesi di una flogosi tossica. Ma l'infezione non spiega la frequenza della pericardite nella nefrite, che per importanza etiologica viene subito dopo il reumatismo e forse dopo la polmonite e le infezioni da piogeni. In più del 50 % dei casi di pericardite brightica vi è pure pleurite o idrotorace. Secondo Fischer la miocardite uremica sarebbe primitiva, la pericardite secondaria, per contiguità. Nei casi dell'A. fu talora veduta un'infiltrazione linfocitaria circoscritta del miocardio.

Il principale argomento per una flogosi tossica è la frequente sterilità delle culture. L'infiltrazione linfocitaria presente in tali casi non ha cellule giganti nè formazioni simili a tubercoli tipici o atipici. L'A. ammette che sulla sierosa lesa chimicamente possano poi attecchire dei germi: si avrebbero così dei casi ad etiologia mista. D.

CHIRURGIA.

Sulle malattie delle vie biliari. Risultati del drenaggio duodenobiliare.

(V. LYON, H. BARTLE, R. ELLISSON. *Am. Journ. of med. Sciences*, gennaio 1922).

Cheyney nel suo libro sulle malattie della cistifellea conclude che, comparse le coliche, la diagnosi è facile, ma il processo troppo avanzato per fare altra cura che la chirurgica. In assenza di coliche, sia per lo stadio precoce, sia perchè il calcolo già formatosi è quiescente, la diagnosi è molte volte impossibile. Gli AA. sostengono invece che nello stadio precalcoloso la diagnosi è spesso possibile, oltrechè per i disturbi dispeptici, per mezzo del sistematico esame chimico, batteriologico e citologico della bile estratta col drenaggio duodenobiliare. Esso va praticato sistematicamente in presenza di alcuni fattori etiologici, quali il tifo, l'influenza, la bronchite cronica e le sue complicanze, la tonsillite ricorrente, la nasofaringite cronica, la sinusite o la sepsi orale; così pure quando nella storia vi è un ittero catarrale, o il paziente presenta una pigmentazione bruna della pelle, o subitterica delle sclere e del palato duro, o mostra evidenti le piccole anastomosi, a tela di ragno, delle collaterali portali sul margine costale, o ha telangectasie multiple. Sono fatti tossici la pigmentazione bruna, e l'emicrania di cui molti infermi si lamentano; dipendono dalla stasi biliare nella cistifellea e nei più piccoli bilidotti, nonchè dall'affievolirsi della funzione disintossicante del fegato. La stasi biliare talora dipende da una visceroptosi; spesso alla sindrome biliare concomita una duodenite, una ileocolite e sigmoidite, o dei postumi di appendicite, che ripetono la infezione dagli stessi focolai primitivi, nasofaringei, tonsillari, bronchiali, ecc. (sindromi miste).

Gli AA. studiarono 100 casi col loro metodo: di essi solo 32 si sarebbero potuti diagnosticare senza il drenaggio duodenobiliare. Vi erano 27 sindromi nette di colecistite, 4 di colelitiasi, 22 sindromi miste, e 47 presentavano solo sintomi dispeptici vaghi: in questi fu trovata quasi costantemente un'infezione del tratto duodenobiliare, in una buona metà dei casi streptococcica.

Il drenaggio duedenobiliare si fonda sul principio, stabilito da Meltzer, che, introducendo nel duodeno una soluzione di solfato di magnesio, si rilascia lo sfintere di Oddi e contemporaneamente si vuota la cistifellea nel duodeno, onde la bile può esser raccolta dalla sonda introdotta nel duodeno attraverso il piloro. Il metodo è stato largamente applicato anche a scopo curativo, con buoni risultati. A scopo diagnostico fu dapprima adoperato nei postumi di interventi operativi: risultò una sepsi biliare nel 60 % dei casi dopo la colecistectomia, e nel 100 % dopo la colecistostomia; talora questa sepsi era la causa delle persistenti sofferenze dopo un'appendicectomia. Gli AA. raccomandano, nei casi di infezione locale del tratto digerente, a sindrome semplice o mista, di ricercare a curare il focolaio primitivo.

Secondo Rost la quantità di bile versata nel duodeno durante la digestione è regolata dalla composizione chimica del chilo; pertanto un aumento dell'acidità gastrica depone per una

colecistite non calcolosa, mentre una ipoacidità, producendo un chilo scarso di peptoni, provoca una relativa stasi biliare, e favorisce la formazione di calcoli. Dopo gl'interventi sulle vie biliari è frequente il rigurgito di bile nello stomaco, anche a digiuno: ciò parlerebbe per un disturbo della normale innervazione antagonista della muscolatura cistica e dello sfintere di Oddi. Uno scolo continuo di bile nel duodeno è nettamente patologico, e può cagionare una grave e intrattabile diarrea. Nei loro 100 casi gli AA. ebbero un reperto batteriologico positivo 93 volte (streptococchi, stafilococchi, coli, B. subtilis, B. piocianeo, tifo); 56 volte trovarono segni di duodenite, con abbondante esfoliazione dell'epitelio: in tre casi estrassero viva la Lamblia intestinalis. In 94 casi applicarono la terapia del lavaggio e disinfezione dello stomaco, seguita da drenaggio duodenobiliare. Spazzavano poi la bile infetta escreta mercè un lavaggio con soluzione di Ringer (250 cc. a 39°, lasciato fluire lentamente durante 20 minuti). Ogni seduta durava circa tre ore. Talora usarono anche irrigazioni del colon. Come coadiuvante prescrivevano fermenti digestivi, colagoghi, cura igienico-dietetica, elettroterapia, psicoterapia, autovaccini, eventualmente tratti dal focolaio primitivo. Le sedute erano dapprima due per settimana, poi una, poi due al mese, da continuare anche dopo la scomparsa dei disturbi soggettivi, finchè la bile estratta non risultava normale. Ma non sempre poterono giungere a questo: tuttavia, dal punto di vista sintomatico, ebbero 73 guarigioni, 17 miglioramenti, 4 risultati nulli. Gli AA. ritengono utile integrare la cura chirurgica, quando è indicata, col drenaggio duodenobiliare.

Riferiscono più estesamente su due casi. Uno presentava una sindrome suggestiva di ulcera duodenale (acidità, dolore circa un'ora dopo i pasti, temporaneamente attenuato dall'ingestione di altro cibo, ecc.); mancavano però i dati radiologici e di laboratorio. Gli AA. trovarono una duodenite catarrale ed esfoliativa; provocando il vuotamento della cistefellea raccolsero 90-150 cc. di bile ristagnante, verde-scura, torbida, viscosa, piena di fiocchi di muco-pus; conteneva molti cristalli di colesterina e colonie di cocchi (streptococchi emolitici). Il coledoco era aperto anche a digiuno: ciò accade generalmente nelle duodeniti e colangiti, e talora anche, per riflesso, nel pilorospasmo, appendicite e colite. Il paziente presentava anche una gastrite, con ipersecrezione, e motilità ritardata ad intermittenza da pilorospasmo; aveva tonsillite ed ascessi dentari. Gli vennero tolte le tonsille, donde si preparò un autovaccino, e curati gli alveoli dopo l'estrazione dei denti guasti; indi fu sottoposto per circa sei mesi al metodo di cura degli AA. Ebbe guarigione sintomatica, persistente dopo sei mesi: la bile era tornata normale.

Nell'altro caso si tratta di una donna di 33 anni, che soffriva di accessi di emicrania destra, con rare irradiazioni a sinistra, ogni 10-15 giorni: essi la lasciavano spossata per 2-4 giorni, e terminavano spesso con vomiti biliari. Nell'anamnesi nessuna infezione, tranne un'otite catarrale sinistra. La distribuzione del dolore pareva in rapporto con la branca auricolare del pneumogastrico. I soli farmaci di qualche utilità erano i colagoghi. Gli AA. estrassero bile nera, stagnante, viscosa, infetta di strept. viridans e B. coli, con sedimento ricco di epitelio cistico, pus, cristalli di colesterina e sali amorfi. I batteri erano in colonie, ciò che è dimostrativo delle vere infezioni. Bile veniva emessa anche a digiuno.

Fu trattata per 5 mesi col metodo degli AA. Il vaccino provocava le prime volte accessi intensi di emicrania: questi divennero più rari e meno intensi, finchè scomparvero, e con essi la pigmentazione bruna, la costipazione, la sonnolenza: ritornò il pieno vigore fisico e mentale. Sei mesi dopo la cura la guarigione persisteva, e la bile non mostrava più nulla di patologico. DORIA.

NEUROLOGIA.

Sopra un caso di emicorea con reperto necroscopico.

Il caso è riferito da G. Campora nel *Pathologica* del 15 gennaio 1921.

Si tratta di una donna di 70 anni nella cui anamnesi remota nulla vi è degno di nota. Il 26 gennaio 1915, subito dopo improvviso malessere presentò, nella metà sinistra del corpo, movimenti involontari che andarono sempre più accentuandosi. Obiettivamente si notavano intensi movimenti a tipo coreico nella metà sinistra del corpo con qualche brevissimo momento di tregua, ma esaltantisi a ogni piccolo eccitamento psichico. I movimenti cessavano completamente nel sonno. Nulla nella metà destra del corpo: soltanto nei muscoli mimici, della lingua, del faringe, i movimenti erano bilaterali. La parola e la deglutizione ne erano più o meno disturbati. A sinistra notavasi ipotonia, talora irrigidimento reattivo ai movimenti passivi; la forza muscolare era lievemente diminuita. Nulla a carico della reflettività. Il segno di Babinski era assente. Sen-

sibilità superficiale e profonda integra. Esistevano inoltre nella metà sinistra dolori spontanei, incominciati qualche giorno dopo l'inizio del male, provocabili anche alla forte pressione. Fondo dell'occhio normale. Visus 2/3. Coscienza integra ma la paz. era oltremodo disattenta e incapace di dare precisi ragguagli. Il 1° marzo 1915 i movimenti coreici cominciarono a diminuire e cessarono completamente il giorno seguente un'ora prima che la paziente morisse.

L'esame necroscopico fece notare cianosi della metà sinistra del cadavere, mentre la parte destra era anemica; edemi dell'arto superiore sinistro. Ipertrofia concentrica del cuore con infiltrazione adiposa del miocardio destro; aterosi delle coronarie e dell'aorta; bronchite purulenta, edema polmonare; atrofia degli organi addominali.

L'esame del cervello praticato coi tagli in serie, secondo Déjérine, fece notare al taglio n. 71, in corrispondenza della regione sottotalamica una piccola fessura emorragica, lunga pochi mm., a decorso trasversale, al disopra del peduncolo cerebrale in corrispondenza forse dell'estremo anteriore del corpo del Luys. Più posteriormente (taglio n. 75), la lesione prendeva l'aspetto di una cisti apoplettica di forma lineare, a margini collaterali e circondata da un alone di lieve suffusione emorragica; la cisti interessava in gran parte il corpo di Luys, lasciandone intatta la porzione esterna, si prolungava medialmente nell'area di Forel e si arrestava a 3 mm. dalla linea mediana. In corrispondenza al taglio n. 78 la cisti era intensamente emorragica a forma di S abbattuta di cui la curva più esterna circondava l'estremità esterna del locus niger; decorreva quindi superiormente e parallelamente a questa formazione distanziandosene di uno o due mm., volgeva poi in alto verso il nucleo rosso di cui ne interessava soltanto la capsula nel tratto inferiore e laterale. Il segmento posteriore della capsula interna non era interessato; infatti nella sezione immediatamente posteriore alla precedente non v'era più traccia della lesione nè altre lesioni esistevano nei tagli successivi.

Che l'emicorea dipendesse da questa unica lesione controlaterale è fuori dubbio anche per quel che è stato osservato in casi consimili da parecchi autori. Ma è ancora da stabilire quali delle diverse formazioni della base del cervello debbano essere colpite elettivamente e necessariamente in ogni caso di emicorea.

Alcuni ammettono, in tali casi, lesioni del nucleo rosso e dei peduncoli cerebellari superiori, e cioè lesioni di quelle vie nervose che dal cervelletto vanno alla corteccia del lato opposto passando per il peduncolo cerebellare superiore, nucleo rosso, talamo e irradiazioni talamiche; tutto ciò però non è d'accordo con quanto presenta il caso descritto nel quale il peduncolo cerebellare superiore è integro e il nucleo rosso è interessato semplicemente nella sua capsula. La formazione più interessata è qui invece il nucleo di Luys.

Lo studio istologico ha dimostrato cospicua degenerazione delle fibre formanti l'ansa lenticolare (che sono dirette tanto al n. rosso quanto al corpo di Luys e al locus niger), delle fibre della capsula del nucleo rosso e di alcune fibre decorrenti entro il nucleo lenticolare fino a raggiungere il putamen. La lesione adunque colpisce le vie di quel gruppo di formazioni della base di cui il n. lenticolare è la principale, senza potere d'altronde stabilire quale sia la più interessata di queste parti che oggi vanno sempre più prendendo ognuna un significato anatomico e funzionale diverso.

BENEDETTELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Nouveau Traité de Médecine. Intoxications (fasc. 6e); *Avitaminoses, maladies par agents physiques, troubles de la nutrition* (fasc. 7e). Masson, éditeur, Paris. — Prix: fasc. 6e, Fr. 35; fasc. 7e, Fr. 35.

Coi fascicoli 6° e 7° il nuovo trattato di medicina, diretto da Widal, Roger e Teissier, si arricchisce di capitoli, che offrono un interesse di biologia generale, oltre che di pratico interesse medico e sociale.

Il 6° *fascicolo* è dedicato alle intossicazioni. Trovano posto nel volume, preceduti da un capitolo generale di Roger sulle intossicazioni, il saturnismo, le intossicazioni da rame, da zinco, da stagno (Pinard), le intossicazioni da ossido di carbonio, da gas illuminante, da idrogeno solforato, da solfuro di carbonio, da idrocarburi (Balthazard), da acido picrico (Garnier), da gas di guerra (Clerc e Ramond), e poi l'alcoolismo, il caffeismo, il teismo; le intossicazioni da oppio, da etere, da cocaina, le intossicazioni alimentari, da funghi, completano il volume. Esso è veramente utile, oltre che per la rarità dei libri che di tali argomenti trattano ex professo, anche perchè questioni di attualità (come alcune intossicazioni voluttuarie, che con impressionante rapidità vanno diffondendosi tra le nazioni civili) sono affrontate da competenti.

Nel *fascicolo* 7° la modernità degli argomenti traspare nettamente dal titolo dei ca-

pitoli: vitamine e avitaminosi (Roger), malattie seriche (P. Courmont), disturbi e malattie determinati dall' anafilassi (Pagniez), oltre alle malattie della nutrizione (Le Gendre), oltre ai capitoli sulla pellagra (Perroncito), sul beriberi, sullo scorbuto, che sono aggregati alle avitaminosi. Non sempre all' indirizzo moderno degli ideatori del libro corrisponde una esauriente trattazione; forse l'incertezza di alcune moderne vedute a ciò contribuisce; ma il lodevole coraggio con cui sono affrontate questioni moderne in un trattato, è opera che va incoraggiata da tutta la simpatia degli studiosi. *t. p.*

M. MOSSE. *Pathologia und Therapie des hämolitischen Ikterus* (in-16, pag. 50, C. Marhold, Halle a. S., 1921. — Mk. 12 e aum.).

Questa breve monografia porta il n. 3 dei VII fascicolo della collezione di monografie staccate sulle malattie della digestione e del ricambio, edita sotto la direzione di H. Strauss.

È un lavoro che rivestendo la forma di una grossa rivista sintetica, espone tutto quanto si conosce fino ad oggi sugli itteri emolitici congeniti ed acquisiti: vi sono trattate le questioni riguardanti la etiologia e la patogenesi di questa malattia, di cui viene ordinatamente esposta tutta la parte clinica; correda il fascicolo una ricca e aggiornata bibliografia.

È un lavoro che si legge tutto d'un fiato e con profitto. *g. sabatini.*

BRUGSCH und SCHITTENHELM. *Lehrbuch Klinischer Diagnostik und Unsersuchungsmethodik.* 5ª ed. in 8°, pag. 968. Urban & Schwarzenberg, 1921. — M. 390.

Gli studiosi italiani già bene conoscono questa pregevole opera, che oggi compare nella sua 5ª edizione, la quale segue a breve scadenza la precedente, rapidamente esaurita.

In questa nuova edizione il titolo è stato leggermente modificato in quello di: *Trattato di diagnostica clinica e metodi di esame*, avendo voluto gli Autori chiaramente indicare come il libro non si riduce ad una semplice enumerazione di metodi di esami clinici, ma mira sempre a collegare e riferire le ricerche coll'obbiettivo della diagnosi.

Il libro di B. e S. è un completo trattato di Semeiologia fisica e funzionale; tutte le ricerche necessarie ed utili al letto dell'ammalato o nei laboratorî di clinica vi hanno trovato degno sviluppo, esposizione chiara e ragionata, apprezzamento equo, descrizione particolareggiata e sistematicamente ordinata, collegamento logico ed ognora diretto ai fini della diagnosi e della clinica.

Non vi è nulla di superfluo, non ci si sperde in esposizioni dubbiose od ipotetiche, o in affermazioni di fatti che non abbiano acquistato, per la paternità degli osservatori o per la serietà dei controlli, un positivo diritto per esser prese in considerazione. E tutto ciò senza scapito della inclusione nel libro di quanto v'ha di moderno nel campo della clinica, dall'encefalite letargica agli itteri dissociati, dalle crisi colloidoclasiche al pneumoperitoneo.

Parole di lode non vogliamo dunque lesinare a questo libro, se pure in esso non abbiano trovato il meritato posto i lavori scientifici italiani. *g. sabatini.*

MARY ALBERT e MARY ALEXANDRE. *Dictionnaire de biologie physiciste.* Un vol. in-8 di 408 pag. con 72 fig. — A. Maloine, éd., Paris, 1921. — Prezzo 40 fr.

Secondo l'espressione di d'Alembert, l'universo non è che un fatto unico, una grande verità; a questa concezione unitaria, dicono gli AA., non debbono sfuggire i fenomeni della vita, che non vanno considerati come qualche cosa di speciale e teleologicamente superiore. Questo concetto non è certamente nuovo e lo si è veduto fortemente sostenuto dai materialisti contro i vitalisti, quando si riteneva di poter spiegare i fenomeni vitali come esponenti di processi chimici. La tendenza attuale è verso una maggiore generalizzazione, attribuendo tali fenomeni a forze fisiche, come cambiamenti di stato, cariche elettriche, forze capillari, ecc., quali vengono studiati dalla così detta chimica fisica.

Il lavoro degli AA. è informato a questi principî: la materia vi è trattata in numerosi capitoli staccati, di cui taluni formano piccole monografie, disposti per ordine alfabetico. Qualche argomento è svolto con successiva larghezza, come, per es., l'idrogeologia, che sembra qui fuori posto e che comprende oltre 80 pagine; talvolta l'ossessione dell'unicità diventa iperbolica, come, per es., nel trovare un'analogia fra le costanti fillotassiche (disposizione delle foglie nella pianta) ed il tempo di rivoluzione nei pianeti del sistema solare. Nell'insieme però la lettura riesce interessante e mostra le nuove vie che si aprono alle ricerche biologiche. *fil.*

G. BATAULT. *Le problème juif.* Un vol. in-16. — Librairie Plon-Nourrit et C.ie (rue Garancière, 8), Parigi, giugno 1921. — Prezzo fr. 7.50.

Chi leggerà questo libro sarà in grado di formarsi un'idea chiara e documentata del problema ebreo, così mal conosciuto.

L'Autore raccoglie anzitutto le prove di una

recrudescenza del movimento antisemita; poi mostra come l'ideale ebraico sia venuto formandosi ed evolvendo attraverso i secoli, da quali sorgenti deriva, verso quali scopi è diretto, quale ne è la potenza d'irradiazione e quale è l'importanza del suo compito storico; chiude con un esame critico delle soluzioni proposte.

G. F.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Ospedale Civile di Brescia.

Conversazioni mediche.

Sedute del 17 febbraio e del 2 marzo 1922.

Presiede il prof. CAMPANI.

I sintomi peritoneali nel tifo.

Dott. BERGOLLI FRANCESCO (relatore prof. ARTURO CAMPANI). — L'O. fa una rivista letteraria completa su quanto è stato scritto intorno alle complicazioni peritonitiche del tifo dal punto di vista semeiologico.

Tubercolosi peritoneale latente e sua guarigione anatomica.

Dott. GIACOMO FILIPPINI. — T. M. venne operata nel dicembre 1919 e nel gennaio 1922 dal dottor Ferroni, chirurgo primario, per metro-salpingite. Al primo intervento si riscontrò peritonite tubercolare diffusa senza aderenze nè briglie, con scarso essudato. Dato lo stato della sierosa l'operatore non procedette alla demolizione dei genitali interni.

Al secondo intervento venne constatata la guarigione anatomica del processo tubercolare. La sierosa era liscia, lucida, mentre non si rilevò la presenza di aderenze nè di briglie cicatriziali.

Notevole in questo caso è:

1° la guarigione anatomica senza la formazione di tessuto cicatriziale;

2° il decorso subdolo della peritonite tubercolare, perchè tanto prima del 1919 che dopo il primo intervento laparotomico i disturbi furono quasi esclusivamente a carico dell'apparato genitale interno.

La T. M. è uscita da questi spedali da un mese e sta bene.

Sopra un caso di cisti dermoide dell'ovaio ritorta sul peduncolo in gravida al 2° mese.

Dott. ROLANDO DAVOLIO MARANI. — Il caso in questione, unitamente ad altri venuti all'osservazione in questi Spedali (Amadoni, Bontardelli) ed a quelli raccolti dalla bibliografia, dimostra:

1° la grande importanza del segno di Kuster;

2° la nessuna influenza dell'atto operativo sulla gravidanza;

3° la necessità dell'intervento in tempo utile potendo essere il tumore causa di distocia.

Sopra un caso di tubercolosi miliare rivelata da una meningite apoplettica.

Dott. WILLIAM ZANINI (relatore prof. ARTURO CAMPANI). — Riferisce di un militare che in pieno benessere, dopo una lunga ed estenuante marcia, è preso da convulsioni, perdita di coscienza, con inerzia pupillare e anisocoria, perdita di urine. Data la subitaneità della crisi, la mancanza di febbre, di rigidità della nuca e degli altri segni classici di forme acute del nervoso si pensa trattarsi di convulsioni epilettiche. Ma l'infermo dopo cinque ore viene a morire, sempre incosciente e con progressiva elevazione termica.

All'autopsia evidenti segni di meningite esclusivamente basilare ed inoltre numerosissimi tubercoli miliari al lobo inferiore del polmone destro. Nessun altro segno di tubercolosi in altri organi.

Il caso è interessante:

1° perchè dimostra che una tubercolosi miliare parziale del polmone, che senza dubbio esisteva per lo meno da parecchi giorni, può decorrere nell'assoluta latenza dei sintomi;

2° per lo scoppio di una meningite fulminante, caso nella letteratura molto raro.

Sopra un caso di tumore intracranico.

Prof. RIZZARDO SECCHI. — Si trattava di un ragazzo undicenne, il quale presentava da cinque mesi i fenomeni generali di una grave e progressiva ipertensione endocranica, insieme a scarsissimi sintomi di localizzazione cerebrale. L'O., dopo una minuta disamina clinica, si è a lungo trattenuto sul giudizio differenziale tra idrocefalo da meningite sierosa postinfettiva dei plessi coroidei, e idrocefalo secondario a tumore cerebellare, inclinando verso questa ultima diagnosi in base specialmente al decorso rapido e uniformemente progressivo senza remittenze, alla mancanza della febbre, alla paralisi isolata del VI nervo destro e alla mancanza di lesioni del III paio. L'O. riferirà ulteriori notizie sul caso.

R. CERUTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Coxalgia e malformazioni congenite.

Calot (*Journal d. praticiens*, 1922, n. 15) richiama l'attenzione sulla frequenza di piccole malformazioni congenite (sublussazioni intracostiloidee) che si manifestano con dolori e zoppicature banali e che fanno pensare piuttosto ad una malattia infettiva, acquisita, anzichè ad una lesione congenita.

Diagnosi radiografica. — Sono vere malformazioni congenite le così dette coxalgie iniziali caratterizzate da: ipertrofia od atrofia del nucleo epifisario; deformazione dell'epifisi (appiattita od a forma di disco) con ipertrofia della testa; ingrandimento della interlinea; deformazione simmetrica delle due anche, una delle quali non dà sintomi; cotile più alto e meno profondo che allo stato normale, con volta obliqua, con trabecolazioni modificate ma senza ulcerazioni; disturbi dei rapporti articolari.

Diagnosi clinica. — Vi è discordanza fra la notevole lesione radiografica ed il « quasi nulla » che si trova all'esame clinico; all'inizio si trova un piccolo accorciamento (invece di allungamento), adduzione (in luogo di abduzione), trocantere rilevato, piega della natica alzata; dopo un riposo di qualche ora o qualche giorno i dolori scompaiono ed i movimenti ritornano normali, salvo una lieve limitazione dell'abduzione; questa è limitata anche nell'altra anca: la testa si avverte *al di fuori* e *non sotto* l'arteria femorale: il malato cammina dondolando e non falciando: già ad un primo esame si trova non solo atrofia della natica e della coscia, ma anche un lieve arresto di sviluppo di tutti i segmenti dell'arto con muscolatura in buono stato.

Le così dette coxalgie nervose antiche o quelle che durano da 6-10 anni e più, con frequenti remissioni, sono probabilmente da ascriversi a malformazioni congenite.

Diagnosi anamnestica. — Si trovano quasi sempre indicazioni che orientano verso la lesione congenita, cioè altre malformazioni nella famiglia, inizio tardivo del cammino, stanchezza facile, crisi dolorose transitorie. Gli antecedenti tubercolari, individuali o familiari, non debbono fare escludere l'idea della malformazione congenita, che, con i segni radiografici e clinici citati, può diagnosticarsi anche in un tubercoloso.

l. h.

Cura delle fratture del collo del femore

La frattura del collo femorale, curata a dovere, deve perdere la prognosi grave che essa ha avuto per quanto riguarda la funzionalità dell'arto: essa ora non significa necessariamente zoppicamento od incapacità funzionale.

Due metodi sono attualmente in uso, quello di Whitman, basato sull'immobilizzazione in adduzione, e quello di Maawell-Ruth (estensione continua con trazione laterale). Su di essi si è avuta una lunga discussione nella Sezione d'ortopedia all'Associazione Medica americana (*Journal of Am. medical Association*, 3 dicembre 1921, e *Gazette des Hôpitaux*, 24 febbraio 1922).

Metodo Whitman. — Riduzione, sotto anestesia generale, per trazione, rotazione interna e *abduzione completa*, seguita da immobilizzazione mediante fasciatura a spica gessata, che fissa la coscia in abduzione ed il ginocchio in estensione.

Un volta immobilizzato, l'ammalato può venir cambiato spesso di posizione: si alza la testata del letto, per mezzo di blocchi di legno, ciò che assicura una posizione più comoda che non quella declive necessaria col metodo della trazione. Si mantiene la fasciatura per 8-12 settimane, l'ammalato rimane in letto per un certo tempo, durante il quale si praticano il massaggio e la rieducazione dei muscoli: non gli si fa portare il peso del corpo nemmeno parzialmente sul lato fratturato che dopo sei mesi od anche più: la durata minima del riposo in letto è di quattro mesi.

Metodo di Ruth. — Bastano per questo due carrucole, forti striscie di cerotto, ed una corta doccia concava, in cartone, che si applica sulla faccia interna della coscia, per evitare la compressione dei vasi femorali. Il piede del letto, del lato fratturato viene sollevato di 30 cm., quello del lato opposto di 20 cm., la testata del letto dal lato fratturato viene sollevato di 10 cm. Dopo quattro settimane si leva la trazione laterale, mentre si conserva ancora quella longitudinale per altre quattro settimane. Poi l'ammalato può alzarsi, a patto di servirsi di grucce e di non far portare il peso del corpo dal lato fratturato che 8-10 mesi dopo la frattura.

In caso di persone in età avanzata, si possono ottenere risultati accettabili nella metà dei casi, con l'immobilizzazione in letto per soli quattro mesi.

La scelta fra l'uno o l'altro metodo è questione più che altro di preferenza personale: per il pratico, solo o lontano da ospedali è più consigliabile il metodo di Ruth.

l. b.

Frattura dell'apofisi odontoide dell'epistrofeo senza sintomi midollari.

G. Pieri (*Arch. Ital. di Chirurgia*, dicembre 1922) riferisce un caso da lui osservato e curato nell'ottobre 1918, nel quale la frattura si produsse per caduta sulla testa. Come sintomi si notava: rigidità quasi assoluta del collo e dolori spontanei e alla palpazione delle prime vertebre cervicali, nessun sintomo midollare.

La diagnosi fu fatta con la radiografia. Fu curato mediante apparecchio gessato. L'infermo, da notizie avute dopo sette mesi, sarebbe guarito senza alcun deficit. L'A. fa le sue riserve per la possibilità di un'eventuale lussazione in avanti dell'atlante, complicanza frequente, che può accadere anche dopo un anno dal trauma.

Nei riguardi della patogenesi della lesione l'A. nega possa essere favorita da mancato saldamento fra corpo e dente dell'epistrofeo perchè la frattura non corrisponde colla sua linea a quella di sutura della apofisi colla vertebra.

Spiega la frequenza del non consolidarsi di questa frattura col fatto che l'apofisi viene dal trauma allontanata dalla principale sorgente di nutrizione che giunge ad essa per la base del corpo vertebrale.

Come cura consiglia la sutura metallica dell'atlante all'epistrofeo per impedire la lussazione in avanti dell'atlante stesso. Intervento che non potè attuare nel caso in specie perchè l'infermo rifiutò l'atto operativo.

G. MATRONOLA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla funzione del rene.

A. N. Richards (*Am. Journ. of med. sciences*, gennaio 1922) sostiene con copia di argomenti che i glomeruli hanno ufficio di semplice filtro. Parla in questo senso anche il nessun aumento del metabolismo renale durante la diuresi da iniezioni saline e da inezioni di pituitrina (Barcroft, Straub, Knowlton e Silvermann). All'argomento principe di Heidenhain in favore della teoria vitalista, la diminuzione cioè dell'escrezione di urina per compressione parziale della vena renale (la compressione totale provoca edema che occlude meccanicamente i tuboli, come dimostrò Ludwig): risponde Tammann che per la stasi relativa il sangue dei glomeruli rapidamente si concentra, opponendo alla filtrazione un aumento della resistenza osmotica.

L'A. e C. K. Drinker sottoposero il rene di coniglio *in situ* alla circolazione artificiale con una corrente pulsante di sangue reso incoagulabile coll'irudina: mantenendo costante il flusso sanguigno l'escrezione di urina aumentava coll'aumento della pressione, anche se ottenuto per compressione della vena renale Inoltre mercè la contemporanea oncometria videro che piccole dosi di adrenalina provocavano un aumento della pressione della corrente sanguigna (vasocostrizione), ma nessuna modificazione o un aumento del volume del rene: ciò spiegano ammettendo che la vena efferente del glomerulo risenta più l'azione del farmaco, oppure che, risentendola in ugual misura dell'arteria afferente, per il calibro notevolmente minore costituisca un ostacolo proporzionalmente maggiore all'efflusso sanguigno, donde un aumento della pressione intraglomerulare e della diuresi. Gli AA. pensano che un simile meccanismo possa esplicarsi per influenze nervose, particolarmente del simpatico, e dar ragione di alcune diuresi non accompagnate da aumento della pressione sanguigna generale. Le sostanze vasodilatrici, eliminandosi a livello del glomerulo, possono giungere al vaso efferente in troppo scarsa concentrazione, e con lo stesso meccanismo riuscire diuretiche, se propinate in dose adeguata (acqua, urea, caffeici, sali, ecc.)

L'A., col dott. Schmidt, sottopose ad osservazione microscopica diretta, con acconcio dispositivo, il margine esterno del rene della rana, che è abbastanza translucido. Ebbe cura di controllare che le strutture osservate erano dei veri glomeruli seguendole nel processo di fissazione, e facendone poi sezioni colorate.

Con l'osservazione diretta potè accertare che i glomeruli non funzionavano tutti contemporaneamente: in alcuni si vedono molte anse capillari, in altri poche, e un aspetto può passare nell'altro per modo che un glomerulo prima non visibile diviene visibile, e viceversa: la corrente sanguigna appare ora rapida, ora lenta e densa di corpuscoli; spesso si vede un periodico arresto della corrente in alcuni corpuscoli, anche in condizioni fisiologiche, il quale, se prolungato, potrebbe dar ragione di alcune albuminurie. Il fenomeno persiste dopo la distruzione del sistema nervoso centrale. Di tanto in tanto si arresta la corrente in tutti i corpuscoli, ciò che si spiega bene con influenze vasomotorie nervose. L'arresto della corrente è seguito da espulsione delle emazie del glomerulo, ciò che dimostrerebbe una certa indipendenza vasomotoria dei capillari glomerulari. Il non collabire delle capsule glomerulari spiegherebbe il volume invariato del rene dopo l'uso di vasocostrittori che riducono di molto il flusso sanguigno. I fatti esposti fanno più facilmente comprendere come il rene può eliminare, da un sangue della stessa composizione, ed in eguale spazio di tempo, urine di composizione assai diversa; perchè ora pochi glomeruli secernono ad alta pressione, ora molti a pressione bassa. Interverrebbe inoltre l'ineguale riassorbimento dei costituenti dell'urina glomerulare da parte dei tubuli.

DORIA.

VARIA

Precocità sessuale a Vienna.

Finger studia, in *Wien. Med. Woch.*, 1921, p. 393, l'inizio delle attività sessuali onde dedurne l'epoca migliore per iniziare la propaganda profilattica (*sexuelle Aufklaerung*).

Riportiamo alcune delle cifre da lui riferite ignorando tuttavia come egli sia giunto a formularle.

Su 1000 ammalati venerei si trovano:

	prima della guerra	ora
ragazzi ammalati		
sui 15 anni	1	8
» 16 anni	3	9
» 17 anni	11	26
» 18 anni	27	68
ragazze ammalate		
sui 15 anni	12	16
» 16 anni	22	40
» 17 anni	33	66
» 18 anni	62	91

in modo che si può concludere che la gioventù maschile a Vienna è infetta nella proporzione dell'11 % e la gioventù femminile nella proporzione del 21 %.

I primi esperimenti sessuali sono fatti nell'80 per cento dei casi per consiglio altrui, nel 70 % da coetanei dello stesso e nel 20 % da coetanei dell'altro sesso, nel 10 % dei casi della servitù.

L'onanismo è così sviluppato che si calcola il 90 % dei ragazzi e l'80 % delle ragazze vi si dedichino. Il 4 % dei casi comincia a 5-8 anni e verso i 14-15 anni il vizio è diffuso al 70 % dei casi studiati e dopo i 15 anni si può dire solo pochi ne rimangono immuni. Anche qui solo il 30 % procede spontaneamente: il 70 % fa le prime prove per consiglio o esempio di coetanei.

I primi contatti sessuali avvengono per il maschio nel 60 % dei casi con prostitute pubbliche o private, nel 16 % con domestiche e nel 33 % con compagne di scuola o conoscenti di buona famiglia, e per la femmina nel 55 % con un estraneo qualsiasi; nel 32 % con il futuro sposo e nel 16 % con compagni di scuola.

Date queste premesse statistiche si comprende come Finger ritenga di somma necessità ed urgenza organizzare una attiva propaganda nelle scuole medie per arginare questa violenta ondata di attività sessuale.

Quanto alla *sexuelle Aufklaerung*... sembra che vi sia più poco da chiarire. (*Pathologica*).

La sifilide dei nipoti.

È stata posta più volte la questione che si dibatte attualmente se i nipoti sifilitici si risentano ancora della infezione ancestrale.

Sidler Huguenin studia la discendenza di 50 matrimoni di eredosifilitici.

In 14 casi il connubio è rimasto sterile.

In due famiglie si ebbero 4 figli.

Su 27 matrimoni con madre eredosifilitica solo 4 rimasero sterili.

Su 23 matrimoni con padre eredosifilitico 9 rimasero sterili.

La sifilide congenita sembra quindi influenzare piuttosto la capacità riproduttiva del maschio che non quella della femmina.

Su 20 madri con sifilide congenita 16 davano Wassermann positiva, i loro 45 figli diedero tutti, salvo un caso, Wassermann negativa e non presentarono alcun segno radiologico di sifilide ossea.

Su 12 padri eredosifilitici 9 davano Wassermann positiva, ma dei 15 figli studiati nessuno diede Wassermann positiva.

Nessuna sposa di eredosifilitico con Wassermann positiva presentò la stessa reazione positiva.

Non si può quindi considerare come legge che la eredosifilide si trasmetta al coniuge indenne o alla figliolanza. Risulta però che la natalità è diminuita e che la figliolanza, seppure non risulta sifilitica, è però meno robusta, poco sviluppata e talvolta rachitica.

(*Pathologica*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

L'attività dell' Istituto italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale.

Con ammirevole pertinacia ed instancabile fede, questo Istituto, di cui più volte ci siamo occupati, continua la sua opera, allargando il campo delle sue azioni. Ha iniziato su giornali quotidiani (*Il Mondo*, Roma) una campagna, che conduce con ferma volontà di lotta e di vittoria, contro i più insidiosi e temibili nemici interni, gli evitabili mali sociali. Ha ora trasformato il Bollettino di informazioni medico-sociali in una Rivista, che sarà più ricca di informazioni specialmente statistiche e conterrà articoli originali ed informazioni sullo sviluppo dell'assistenza sociale in Italia.

L'Istituto pubblica inoltre diversi utili opuscoli di propaganda, fra cui citiamo i seguenti:

Prof. Ettore Levi: *I partiti e la salute della stirpe*. — Il fondatore dell'Istituto, considerando il significato economico e sociale delle falcidie che la guerra e la pace impongono al patrimonio umano, mostra la scarsa potenzialità degli attuali mezzi di difesa e l'indifferenza del pubblico e dei partiti politici di fronte a problemi tanto importanti. È necessario andare alla radice dei mali, ma bisogna per questo che tali problemi assumano il valore ed il significato delle massime questioni politico-sociali: solo con l'interessamento morale e materiale di tutti i partiti si potrà arrivare a risultati concreti. Viene quindi esposto il programma dell'Istituto e l'azione da esso svolta finora.

Ruth Kimball Gardiner: *Madre e figlia*. — L'autrice esamina in questo articolo, scritto per le giovanette delle classi colte, l'importante questione dell'educazione sessuale, che può avere profonda ripercussione in tutta la vita. È la madre che deve iniziare la figlia alla conoscenza della funzione sessuale, spogliando questa dal vergognoso e pericoloso mistero di cui l'avvolge la nostra società.

Prof. Sante de Santis: *Riformare la scuola*. — Denso di concetti, agile nella forma, coraggiosamente elevato, questo opuscolo espone un programma fattivo di pratica realizzazione per la scuola, contro l'ignoranza, contro il malvolere, contro gl'infingimenti di tutti i partiti, che combattono a parole in nome della scuola, ma che invece si disinteressano della reale riforma di questa, solo agognandone la conquista, quale strumento di potere. Lo scopo da raggiungere è quello di una scuola creatrice di energia e di forti caratteri, donde le giuste osservazioni dell'A., che « senza lo sforzo non si raggiunge niente »: « Chi non sa sforzarsi è un vinto ». « Chi non ha spirito di sacrificio non può essere un cittadino esemplare ». Auree massime che noi vorremmo incise nelle scuole come nelle officine, e che, se osservate, ridarebbero il *tono* normale alla società, che, sotto il timore della piccola fatica, tende ad un progressivo infiacchimento.

fil.

L' Ufficio internazionale del lavoro e l' igiene industriale.

Il Preambolo della Parte XIII del Trattato di Pace indica, fra i provvedimenti più urgenti che dovranno essere presi per il miglioramento della condizione dei lavoratori, la protezione degli operai contro le malattie e i disturbi professionali.

L'Ufficio Internazionale del Lavoro ha posto l'Igiene Industriale fra le questioni alle quali mette un interesse particolare.

Poco tempo dopo la creazione del Bureau, fu organizzato un Servizio d'igiene industriale, al quale si affidò lo studio di tutte le questioni sopra le quali la Commissione dei Lavori Insalubri della prima Conferenza del Lavoro, riunitasi a Washington nel 1919, aveva richiamato l'attenzione dell'Ufficio Internazionale del Lavoro e specialmente quelle attinenti ai problemi generali della salute dei lavoratori.

Alla sua costituzione, il programma di questa attività fu così riassunto:

1) Iniziare un'inchiesta generale e permanente sopra i lavori insalubri, per essere in grado di preparare progetti di convenzioni e raccomandazioni da sottoporre alle Conferenze Generali;

2) Occuparsi di tutto ciò che riguarda l'igiene del lavoro coordinando le disposizioni comuni alle diverse legislazioni nazionali e preparando una regolamentazione internazionale.

Nel decorso della Conferenza di Washington fu posta la questione di sapere se la creazione di una sezione d'Igiene basterebbe e, su proposta del dott. Miall (Gran Brettagna), tutti furono d'accordo per la « Creazione d'un Comitato Consultivo », del quale faranno parte i delegati governativi, padronali ed operai, e che questo Comitato sia nominato urgentemente per seguire i lavori della Sezione d'Igiene dell'Ufficio Internazionale del Lavoro.

L'organizzazione di questo Comitato fu decisa alla Seduta del Consiglio di Amministrazione il giorno 12 aprile 1921.

Nella sua relazione alla Terza Conferenza Internazionale del Lavoro, tenutasi a Ginevra nell'ottobre 1921, il Direttore disse in proposito:

« Nell'occasione, il Consiglio specificò che sarebbe impossibile per ragioni finanziarie riunire di frequente a Ginevra una Commissione di esperti

formata da rappresentanti e da specialisti per ognuna delle numerose questioni d'igiene industriale. Specificò che questa Commissione dovrebbe sopratutto essere concepita come un Comitato di corrispondenza formato di un rilevante numero di membri appartenenti ai diversi paesi, con i quali l'Ufficio ed il suo Servizio tecnico d'Igiene Industriale terrebbe stretti contatti per corrispondenza. Poi, su convocazione del Consiglio di Amministrazione, la Commissione, o più esattamente, quelli dei suoi membri che sarebbero particolarmente competenti per ogni determinata questione, si riunirebbero a Ginevra, se fosse necessario.

« Si decise ugualmente, che, per limitare le spese risultanti dai lavori di questa Commissione, le sue riunioni si terrebbero, sempre che fosse possibile, durante il tempo delle Sessioni della Conferenza, alle quali la maggior parte dei membri della Commissione parteciperanno senza dubbio, in qualità di delegati o consiglieri tecnici. La Commissione non dovendo raggruppare che esperti tecnici, il Consiglio ritiene che non è necessario precisare il numero dei suoi membri, e di determinare la distribuzione delle sedi secondo la nazionalità oppure tenendo presente altre considerazioni.

« L'Ufficio Internazionale del Lavoro ha invitato in conseguenza i governi dei Paesi i quali possiedono sistemi solidamente organizzati d'ispezione d'igiene e del lavoro, a designare un loro ispettore per far parte della Commissione ed a proporre gli esperti in materia d'igiene industriale aderenti ad organizzazioni padronali e operaie, i quali potrebbero essere chiamati a far parte di questa Commissione. I Governi ai quali l'Ufficio si è rivolto hanno, all'ora presente, corrisposto agli inviti ed hanno, per la maggior parte, nominati degli esperti esercitanti una funzione ufficiale.

« Importa pertanto di tener presente che l'ultima sessione del Consiglio di Amministrazione, tenutasi immediatamente prima della presente Conferenza, ha ritenuto necessario di rimettere in discussione la risoluzione anteriormente presa. La idea di una Commissione essenzialmente tecnica di una Commissione di esperti, alla quale la risoluzione d'aprile si era ispirata, è parso rispondere incompletamente alla missione che la Conferenza di Washington aveva tracciata alla futura Commissione. Il Consiglio vuole studiare particolarmente se, accanto agli esperti, una rappresentanza diretta delle organizzazioni padronali ed operaie non sarebbe di qualche utilità.

« In ogni modo, sin da oggi con un suo primo sforzo l'Ufficio ha contribuito a raggruppare intorno a sè competenze scientifiche le quali non mancheranno di dare al suo lavoro intera sicurezza.

« Questo Comitato riunitosi durante la Conferenza discusse sulle questioni dell'avvelenamento provocato dalla biacca e dall'infezione del carbone, questioni le quali erano ambedue all'ordine del giorno della Conferenza ».

In seguito il Comitato prese, all'unanimità, la seguente decisione:

« La Commissione consultiva d'Igiene Industriale è del parere di rimanere esclusivamente scientifica riservandosi di ricorrere a competenti scelti fra i padroni e gli operai ».

La questione fù nuovamente discussa durante la XI Sessione del Consiglio di Amministrazione, riunitosi nel gennaio 1922. Dopo esame accurato delle diverse questioni poste dalla costituzione di questo Comitato, il Direttore chiese al C. A. di essere autorizzato a sollecitare il concorso di persone che giudicherebbe utile venissero consultate. Questa risoluzione fu approvata all'unanimità.

L'Ufficio Internazionale del Lavoro, in seguito a questa decisione, si mise in rapporto con le persone che avevano già accettato anteriormente di far parte del Comitato provvisorio chiedendo loro di accettare di far parte del Comitato definitivo la cui creazione era stata decisa dal C. A.

Il Comitato sarà formato di membri permanenti che saranno i membri corrispondenti, i quali saranno pregati di dare il loro parere sulle questioni riguardanti l'igiene industriale interessanti l'Ufficio e di membri temporanei ai quali l'Ufficio si rivolgerà per trattare problemi speciali.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Colonie estive campestri.

Il Ministero dell'Interno — Direzione Generale Sanità Pubblica — Ufficio Speciale antitubercolare — ha diretto ai Prefetti una circolare con cui, rilevati i benefizi recati all'infanzia debole, gracile e predisposta alla tubercolosi, dalle colonie estive (marine, montane e campestri) si consiglia di incoraggiare e diffondere le iniziative che a tale scopo rivolgono la loro attività.

A questo riguardo si fa nuovamente presente che particolare cura deve essere rivolta alla creazione di colonie campestri in prossimità dei centri abitati, le quali presentano, in confronto di altri pure utilissimi congegni, il vantaggio di un risparmio notevole nelle spese di funzionamento, sia perchè richiedono un'installazione molto più modesta, sia perchè vengono risparmiati i lunghi viaggi.

Attuando tale forma di colonia, si dà modo di estendere a maggior numero di bambini il beneficio della cura d'aria e di sole, senza che debbano essere allontanati dalle loro case.

Il Ministero, come negli anni decorsi, estrinsecherà il suo aiuto con la concessione in temporaneo uso di tende e materiale lettereccio, e con sussidi in denaro, avvertendo, però, che il contributo governativo non può e non deve avere se non un carattere di incoraggiamento e di integrazione.

La circolare espone i requisiti cui le domande devono soddisfare, le formalità da adempiere e una serie di raccomandazioni.

Pei congedati malarici.

Riportiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Catania*: Dottori: Privitera cav. Salvatore, Catania — Mirone cav. Salvatore, Ca-

tania — Angelico Giacomo, Grammichele — Nicoletti Giuseppe, Palagonia — Minissale Pietro, Bronte — La Rosa cav. Gesualdo, Caltagirone — Giuffrida Giuseppe, Scordia — Scriffignani Ferdinando, Agira — Grasso Angelo, Acireale — Privitera Gaetano, Catenanuova — Crimi Nunzio, Leonforte — Impallomeni Nicolò, Paternò — Nicosia Rosario, Paternò — Panissidi Giovanni, Randazzo — Santagati Giacomo, Ramacca — Magri Ferdinando, Belpasso — Spina Mariano, Mascali.

Provincia di *Padova*: Dottori: Randi Alessandro, Padova — Pinazzo Umberto, Campodarsego — Zambelli Giovanni, Albignasego — Mazzarotto Giovanni, Cittadella — Venturini Bernardo, Legnaro — Pagnacco Domenico, Piombino Dese — Borini Giacomo, Vigonza — Dolci Giovanni, Cinto Euganeo — Zulian Umberto, Fontaniva — De Franceschi Giuseppe, Grantorto — Lorenzoni Antonio, Piove di Sacco — Cattaneo Eugenio, Ponte S. Niccolò — Penada Ginolfo, San Giorgio delle Pertiche — Bragagnolo Gaetano, Vigodarzere — Genta Giulio, Villa Estense.

Provincia di *Livorno*: Dottori: Fabretti Sante, Rio Elba — Mathieu Arturo, Livorno — Mariotti Antonio Mario, Livorno — Pini Alberto, Livorno — Palombi Attilio, Rio Marina — Talentoni Cesare, Livorno — Cervellati Giuseppe, Livorno — Marenghi Gino, Livorno — Benni Assunto, Livorno — D'Oria Giuseppe, Livorno — Chierici M. Gino, Livorno — Corlisiero Raffaele, Capoliveri — Bianchi Michele, Portolongone — Marina Eugenio, Portoferrario — Bonanni Oddone, Campo d'Elba — Conti Unico, Livorno — Giacomelli Enrico, Livorno — Franceschi Francesco, Livorno — Bicchierai Molina Luigi, Marciana Marittima — Benedetti Dino, Livorno.

Provincia di *Siena*: Dottori: Londini Aristide, Siena — Giannotti Benvenuto, Montepulciano — Polazzo Corrado, Colle d'Elsa — Tarantini Amerigo, San Casciano dei Bagni — Dominici Olinto, San Gimignano — Nardi Manfredi, Sinalunga — Di Tommasi Pietro, Sarteano — De Roemer Dino, Castelnuovo Berardenga — Santini Giuseppe, Montalcino — Papi Ettore, Buonconvento — Picarozzi Augusto, Chiusi — Mariotti Giuseppe, Casole d'Elsa — Vegni Giuseppe, Monticiano — Ricci Vittorio, Piancastagnaio — Marzo Giovanni, Monteriggioni — Plastina Luigi, Murlo — Gianni Lodovico, Radda in Chianti — Atticciati Guido, Torrita.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9429) *Indennità caro-viveri.* — Dott. L. R. da F. A. — Non avendo dimora fissa nel Comune, ma recandovisi solo ad intervalli con compenso fisso, non vi ha luogo al pagamento dell'indennità caro-viveri.

(9430) *Dimissioni dalla carica di ufficiale sanitario.* — Dott. N. P. da R. — Se nel Comune non vi sono altri esercenti, il medico condotto è obbligato ad esercitare le funzioni di ufficiale sanitario. Egli, quindi, non può dimettersi da tale carica per rimanere solamente medico condotto.

(9431) *Epoca di notifica di disdetta.* — Dott. G. P. da M. — Per i medici delle Opere pie non è stabilita l'epoca in cui deve essere notificata la disdetta. È opportuno di seguire lo stesso sistema fissato per i medici condotti e, cioè, notificare la disdetta almeno tre mesi prima che il biennio si compia.

(9432) *Limite di età.* — Dott. C. P. da Z. — Anche con l'età di anni 50, può prendere parte al concorso quel medico, che provi di aver prestato servizio in altro Comune.

(9433) *Procura di un documento.* — Dott. A. P. da T. — Per avere il documento che Le necessita può rivolgere istanza al Distretto militare.

(9434) *Biennio di prova.* — Dott. F. N. da P. — L'anno di interinato gratuito può essere computato nel biennio di prova. Il Consiglio Comunale non può revocare una deliberazione del R. Commissario, debitamente approvata, da cui sieno sorti diritti acquisiti pei terzi. Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CALCIO (*Bergamo*). — Ab. 3958 di cui 2300 pov.; L. 10,050 e 4 quinq. di L. 650; trasp. L. 1000; uff. san. L. 500; incarico Ospedale L. 500; doppio c.-v. Scad. 10 giugno.

CHIUSA PESIO (*Cuneo*). — 2ª condotta con servizio alternato nell'Ospedale; L. 5000 e 4 quinq. decimo. Scadenza 8 giugno.

MILANO. *Ospedale dei Bambini* (via Castelvetro 32). — Chirurgo primario; L. 2000 (*sic*) nette più c.-v. di L. 1000 (*sic*); percentuale sugli interventi operativi a pagamento. Scad. ore 16 del 30 giugno. Età limite 45. Nomina biennale; servizio 1º gennaio. Curriculum vitae in 5 copie. Chiedere annunzio.

NOVARA. — Medico scolastico; L. 10,000 e 5 aumenti fino a L. 15,000, doppio c.-v. di L. 2400 complessive. Supplente delle condotte di Lumellogno e Pernate; L. 3000 compreso mezzo trasp. Scadenza 30 lug. Età limite 42. Nomine biennali. Chiedere annunzio.

PARODI LIGURE (*Alessandria*). — Cond. per Bosio-Sella-Spessa; al 15 giugno; ab. 2400, collina, cond. buona, condiz. concordate.

RIMINI. — Quattro condotte; al 20 giugno, ore 14: L. 8000 e 10 bienni ventesimo; L. 3000 cav.; doppio caro-viv.; addizion. L. 2 sopra i 1000 poveri. Chiedere annunzio.

SASSARI. — Direttore Istituto Batteriologico Consorziale. L. 10,000 e quattro quinquenni di L. 1000 ciascuno, oltre diritti perizia. Modalità, dettagli concorso richiedere informazioni Presidente. Vedi avviso pubblicato n. 114 periodico locale «Nuova Sardegna», 15 corr. Termine utile presentazione domanda, documenti, 25 giugno.

VITTORIO (*Treviso*). — A tutto 10 giu., ore 18; reparto 4°; L. 6000 oltre L. 2500 per cavallo od automezzo e c.-v. e c. mezzo di trasp. Ab. 2051 raggrupp. e 1193 sparsi; pov. 1237 circa. Alloggio.

dotte, poliglotta, cerca interinato od occupazione adatta. Rivolgersi: Alatri (Roma), via Principe Umberto 64, per il medico.

Medico-chirurgo, pratico condotta, cerca interinato Italia Centrale. Scrivere: dott. G. Rossi, viale Principessa Margherita, 73 - Roma.

Medico-chirurgo cerca per la fine di giugno lungo interinato alta Italia, zona non malarica. Scrivere al dott. Ugo Firniani, piazza Gesù 48, Roma.

Diffide.

Nuove diffide: Fontanetto di Agogna (Novara).

CONCORSI A PREMIO.

BOLOGNA. *Società Medica Chirurgica.* — Concorsi ai seguenti tre premi di L. 500 ciascuno. 1° Premio Gaiani, tema: « La proteinoterapia nell'asma bronchiale »; 2° Premio Malaguti, tema: « Il bilancio del magnesio negli stati di acidosi sperimentale e clinica »; 3° Premio Sgarzi, tema: « Chirurgia della tubercolosi polmonare (escluso il pneumotorace artificiale) ». Le memorie dovranno pervenire entro il 30 giugno 1923, franche alla Segreteria della Società: Bologna, Piazza Galvani, 1 (Archiginnasio).

PAVIA. *Ordine dei Medici della provincia.* — L'Ordine fa noto che, per donazione generosa del professore Giovanni Masnata di Stradella e per onorare la memoria dei dottori Cornelli e Trovati, è stato istituito un premio biennale della somma di lire duemila, da conferirsi a quel Medico Condotto della Provincia di Pavia, inscritto nell'Albo di detto Ordine, che presenterà un lavoro o gruppo di lavori di Medicina e Chirurgia pratica, a giudizio della Commissione esaminatrice, meritevole. Il primo concorso scade col 30 maggio 1923. Si avverte che le modalità del premio e del concorso sono visibili all'Ufficio dell'Ordine di Pavia in via Montana, 6.

TORINO. *R. Accademia Medica.* — Per il X concorso al premio Bonacossa per il quinquennio 1920-1924 è stato scelto il tema « Le psicosi allucinatorie croniche »; L. 1200. Scad. 31 dic. 1924. I lavori devono essere posteriori al 1° gennaio 1920; possono essere in lingua italiana, latina o francese, manoscritti o stampati.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Si è chiuso in questi giorni il concorso a chirurgo primario negli Ospedali di Roma.

I tre posti messi a concorso sono stati così assegnati, in ordine di merito: 1) Dominici Leonardo; 2) Egidi Guido; 3) Antonucci Cesare.

La Commissione era composta dei proff. R. Alessandri, R. Bastianelli, A. De Fabii, S. Marino-Zuco, U. Riva.

Ai tre valorosi sanitari che hanno conquistato la ambita e contesa vittoria, due dei quali sono nostri assidui collaboratori, facciamo i nostri rallegramenti cordiali.

Il prof. G. Masnata, del quale sono note le benemerenze acquistate in guerra e le persecuzioni subite da parte dell'Amministrazione socialista di Stradella, è insignito, *motu proprio* del Re, della commenda dell'Ordine della Corona d'Italia.

Recentemente il prof. Masnata aveva ricevuto l'onorificenza di ufficiale della Corona di Leopoldo del Belgio, in riconoscimento dell'opera prestata quale capo della Missione dei chirurgi militari italiani nel Belgio.

Il Masnata dirige attualmente a Stradella una Casa di cura.

Il dott. Arnoldo Fusotti, già capitano medico e ora libero esercente a Montese (Modena), è nominato cavaliere della Corona d'Italia per benemerenze civili e militari.

Il dott. Carmelo Tornello, da Grammichele (Catania), è nominato cavaliere della Corona d'Italia in considerazione di particolari benemerenze acquistate in dipendenza della guerra italo-austriaca.

Il dott. Arturo Castiglioni da Trieste ha conseguito brillantemente la libera docenza in patologia del lavoro, presso l'Università di Siena. Rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE.

Società Medica italiana negli Stati Uniti d'America.

Abbiamo già dato notizia della nuova sede, già aperta ai soci, ma inaugurata ufficialmente il 2 maggio a New York.

Detta sede rappresenta il centro delle relazioni medico-culturali fra l'Italia e l'America; da essa devono partire le iniziative e le attività destinate a far conoscere il movimento scientifico dell'Italia, nonchè quelle tendenti a contribuire alla elevazione morale e materiale della Colonia nei rapporti con la classe medica.

La « Società medica italiana » comprende fra i suoi membri i medici laureati in Italia e quelli laureati in America; però è appunto ai primi che maggiormente incombe il dovere di mantenere in vita un'istituzione che ha per oggetto la messa in mostra dei valori della loro scuola e della loro razza; mentre i secondi possono essere interessati solo se ed in quanto sentono e desiderano di essere italiani, mantenendo salda ed immutata la loro fede ed il loro affetto per la Patria di adozione.

La istituzione della libreria medica italiana deve indubbiamente interessare tutti coloro che amano di mantenersi al corrente di ciò che avviene nelle cliniche e negli ospedali d'Italia. Grazie ad accordi precedentemente presi, la Società medica italiana è ora in grado di ricevere tutte le riviste e tutte le nuove pubblicazioni che trattano di medicina e scienze affini, parecchie delle quali non giungono all'Accademia di Medicina ed agli altri istituti scientifici di New York.

Oltre a questo vantaggio la « Società medica italiana » offre ai suoi soci un luogo di ritrovo, dove i medici in qualunque giorno ed in qualunque ora possano incontrarsi, conoscersi e scambiarsi delle idee su questioni scientifiche e professionali, indipendentemente dalla seduta mensile, dalla quale assai spesso molti sono costretti ad astenersi per doveri inerenti alla professione. I medici giovani,

quelli da poco arrivati e quelli che risiedono fuori del Greater New York, si avvantaggeranno molto di questa opportunità, nonchè dell'Ufficio di informazioni.

Per qualsiasi informazione rivolgersi al dottor S. Reale, segretario della Società Medica Italiana (47 West 42nd Street, room 317, New York, S. U. d'A.).

XIV Congresso della Società Freniatrica Italiana.

Secondo le deliberazioni del Convegno di Genova del novembre 1920, doveva effettuarsi in Roma nell'autunno decorso, ma è stato rinviato all'autunno del 1922. Salvo mutamenti di data resi necessari da ora imprevedibili circostanze, avrà luogo nei giorni 19-21 ottobre.

I temi generali, già prefissi, sono: 1) «Nosografia e patogenesi delle Psiconeurosi», relatori proff. G. Modena di Ancona, Arturo Morselli di Genova; 2) «Patogenesi della Epilessia così detta essenziale», relatori proff. Carlo Besta di Messina (ora a Milano) e Luigi Roncoroni di Parma; 3) «Schizofrenie e pseudoschizofrenie», relatori professori G. Montesano di Roma e M. Kobylinsky di Genova; 4) «Sulla anatomia patologica delle Frenastenie», relatori dott. A. Aretini di Arezzo e prof. G. Pilotti di Roma.

Si è costituito in Roma un Comitato ordinatore composto dei proff. G. Mingazzini, S. De Sanctis e A. Giannelli, quali Presidenti; dei dott. prof. Bonfiglio e Fumarola, quali Segretarii, e di tutti i Medici Primarii dei Manicomi Provinciali e Liberi docenti Romani in Neuropatologia e Psichiatria quali Consiglieri. Ai relatori che già accettarono l'incarico di riferire sui temi generali proposti dal Convegno di Genova, è fatta preghiera di redigere i loro rapporti nella forma più possibilmente concisa (non superando le 16 pagine di stampa) e di volerli inviare entro il 31 agosto alla Segreteria del Congresso (Roma 39, via Fabio Massimo 56). Chi intende fare comunicazioni è pure pregato di inviarne i titoli alla stessa Segreteria entro il 15 settembre.

XVI Congresso Francese di Medicina.

È indetto a Parigi dal 12 al 14 ottobre; sarà presieduto dal prof. F. Widal; ne sarà segretario generale il prof. A. Lemierre.

Relazioni: 1) «Elementi della diagnosi tra ulcera gastrica e duodenale», relatori E. Enriquez, G. Durand, A. Cramer, C. Saloz; 2) «Significato patologico delle formole anomale di globuli bianchi», relatori Sabrazès, Lemaire; 3) «Trattamento preventivo e curativo delle malattie da carenza», relatori Weill, G. Mouriquand, F. Rathery.

Per i medici e gli scienziati aderenti la quota è di 40 fr.; per gli studenti di medicina e le persone di famiglia degli aderenti è di fr. 20.

Informazioni presso l'Ufficio del Congresso, Faculté de Médecine (12, rue de l'Ecole de Médecine, bureau de l'Association pour le Développement des Rélations Médicales avec l'Etranger); o presso il segretario generale (rue du Faubourg St-Honoré 217, Paris 89).

Per il Congresso di Medicina del lavoro.

Il Comitato laziale-marchigiano per il V Congresso nazionale di Medicina del lavoro, che si terrà in Firenze dall'11 al 14 giugno, è così costituito: proff. Giovanni Loriga, Salvatore Ottolenghi, Silvestro Baglioni, Aristide Ranelletti, Salvatore Diez, Ettore Levi, Gustavo Modena.

Ai Congressisti sono concesse riduzioni ferroviarie dal 40 al 60 % e riduzioni negli alberghi. Chi vuole prenotare camere può rivolgersi alla Segreteria del Congresso (Sezione riduzioni) in via Cavour 8 - Firenze. È concesso gratuitamente l'ingresso alla Esposizione di pittura e sono concesse riduzioni notevolissime per la Fiera internazionale del libro e per la Fiorentina primaverile.

Per schiarimenti rivolgersi al prof. Loriga, via Santa Susanna, 17 - Roma.

Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale.

Il 20 maggio si è riunito in Campidoglio nella sala delle Bandiere sotto la presidenza del Sindaco di Roma il Comitato Promotore dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale.

Erano rappresentati molti Enti ed erano presenti molte spiccate personalità e gentili signore.

Il prof. Levi ha riferito sull'attività dell'Istituto, sui contributi economici recentemente acquisiti, sulle visite all'Istituto di personalità illustri, sulla propaganda svolta in Italia ed all'estero, sulla pubblicazione della Rivista dell'Istituto «Difesa Sociale», ecc.

Si è passati poi alla discussione dello Statuto, che porterà alla creazione in Opera Pia di questa Istituzione intesa alla difesa della vita umana al di sopra e al di fuori della mischia dei partiti.

Le direttive generali dello Statuto sono state approvate, salvo alcune modifiche di forma richieste dai rappresentanti della Confederazione dei Lavoratori, atte a meglio chiarire il carattere di previdenza e non di beneficenza che l'Istituto deve assumere.

***

S. E. Anile, accompagnato dal suo segretario particolare comm. Livoni, ha visitato l'Istituto. Egli ha voluto rendersi conto dell'organizzazione e del funzionamento di esso. Ha impegnato il suo cordiale interessamento.

Conferenze sulla fisiologia del lavoro.

Il prof. Jules Amar, di Parigi, ha tenuto presso l'Istituto d'Igiene dell'Università di Roma una serie di conferenze sulla fisiologia del lavoro e l'orientamento professionale, illustrate da proiezioni.

Esse hanno fatto valere i contributi personali dell'Amar, che in questo campo è un iniziatore; sono state molto apprezzate.

Corso di Medicina del Lavoro.

Per aderire alle molte richieste verrà impartito dal 16 al 30 giugno, subito dopo il V Congresso di Medicina del Lavoro (Firenze, 11-14 giugno),

questo corso a carattere pratico-dimostrativo, presso la Clinica delle Malattie Professionali in Milano.

Esso si propone di dare ai frequentatori anche la preparazione conveniente per aspirare ai numerosi posti di perfezionamento interno che sono banditi, a posti di ispettori e medici di fabbrica, medici di assicurazione, per partecipare ai sedici concorsi statali indetti per monografie di medicina del lavoro, per promuovere e diffondere una coltura medico-sociale moderna.

Gli insegnanti sono in numero di 21. Durante il corso saranno tenute conferenze dall'on. Beneduce e da altre eminenti personalità. Saranno organizzate visite a stabilimenti industriali in conformità a programma che verrà distribuito all'inizio del corso. Il corso verrà inaugurato da S. E. l'on. Dello Sbarba, ministro del Lavoro.

Saranno ammessi i medici che ne faranno domanda prima del 10 giugno alla Segreteria dei RR. Istituti Clinici, via Commenda 12, Milano.

Alla domanda, da redigersi in carta bollata da L. 1,20, dovrà essere unito un certificato di conseguita laurea (che verrà restituito) e l'importo della tassa di L. 101,20.

Non sono ammesse più di 40 iscrizioni.

La Società per gli Studi di Medicina del Lavoro mette a disposizione del Corso un fondo che consente di concedere il biglietto ferroviario di ritorno da Milano alla propria sede e la tassa versata a dieci medici, provenienti dal Mezzodì o dalle isole, quando abbiano frequentato regolarmente il corso.

La Segreteria della Società stessa si incarica di procurare l'alloggio agli iscritti secondo le rispettive indicazioni.

Corso di Clinica pediatrica.

Il 15 giugno avrà inizio presso la R. Clinica Pediatrica dell'Università di Napoli un corso di perfezionamento in pediatria, per laureati in medicina e chirurgia, autorizzato dal Ministero della Pubblica Istruzione.

Tale corso avrà carattere eminentemente pratico e comprenderà una serie di lezioni quotidiane di clinica, patologia e igiene della infanzia, nonchè esercitazioni di ambulatorio e di laboratorio.

Esso durerà sino a tutto il 31 luglio; alla fine del corso verrà rilasciato, dietro esame, un diploma comprovante la frequenza ed il profitto: diploma debitamente legalizzato e vidimato dal Rettore della Università.

La quota d'iscrizione, da versare all'Economo della Università, è di L. 200, più L. 50 per tassa d'esami e diploma.

Il numero degli inscritti è limitato. Le domande d'iscrizione in carta da bollo da L. 1 e accompagnate dalla quietanza del versamento fatto presso Economato, vanno dirette al Direttore della Clinica Pediatrica prof. Rocco Jemma, S. Andrea delle Dame, 21 - Napoli, entro il 14 giugno 1922.

Corso di Ortopedia.

Dal 7 al 13 agosto sarà tenuto a Berck-Plage un corso di perfezionamento sull'*Ortopedia indispensabile ai medici pratici*, con esercizi pratici individuali, per medici e studenti francesi e stranieri, sotto la direzione del dott. Calot. Saranno date spiegazioni in spagnuolo ed inglese. Tassa d'iscrizione fr. 150. Scrivere al dott. Fouchet, Institut Calot à Berck-Plage (Pas de Calais) ovvero al dott. Colleu, Clinique Calot, 62, Quai d'Orsay - Paris. A richiesta verrà inviato il programma dettagliato.

La cura del sole.

È questo il titolo di una conferenza, corredata di proiezioni, tenuta alla sala Minerva di Roma dalla signorina dott. Corvini, reduce da una visita a vari sanatorii nostrani e stranieri per conto del «Comitato nazionale per la lotta contro la tubercolosi».

La conferenziera venne presentata dal professor Ascoli. La sua esposizione, che mirava a dimostrare il compito dell'aria e della luce nella prevenzione e nella cura della tubercolosi, riuscì interessante e convincente.

In memoria di Bernardino Ramazzini.

I rappresentanti italiani della Commissione internazionale per lo studio delle malattie del lavoro, professori Luigi Devoto e Gaetano Pieraccini, per dare un contributo alla celebrazione dell'Università di Padova, hanno promosso nelle principali città italiane conferenze commemorative su uno dei grandi di quell'Ateneo, Bernardino Ramazzini, da Carpi, il fondatore della medicina del lavoro, la cui opera, per tanto tempo negletta, ha precorso i tempi di un paio di secoli.

A Roma, per iniziativa della R. Clinica Medica, dell'Ufficio Municipale del Lavoro e dell'Ufficio di Igiene, la conferenza commemorativa venne letta il 19 maggio, nell'Aula della Clinica Medica, dal prof. Aristide Ranelletti, la cui esposizione fu lucida, interessante ed efficace.

Un busto a Guareschi.

Per iniziativa dell'Ordine dei Farmacisti di Torino è stato scoperto un busto del compianto prof. Icilio Guareschi, presso quella Scuola di Farmacia. Nella stessa occasione venne scoperta una lapide a ricordo degli studenti di farmacia caduti in guerra.

Lascito benefico.

Il gr. uff. Alessandro Maino, industriale, ha elargito L. 100,000 per l'ampliamento e il completamento della Casa di Cugliate, che ospita bambini poveri del Comune di Gallarate per la cura climatica.

Nella stampa medica.

Riprende le pubblicazioni la «Rivista di Ginecologia, Ostetricia, Pediatria e Medicina generale», organo dell'Ospedale Maria Vittoria in Torino: è diretta dal prof. C. Guadrone; esce mensilmente; gli uffici hanno sede in via Cibrario, 72, Torino. Auguri.

Sciopero di professori dell' Università di Mosca.

I professori dell'Università di Mosca si sono astenuti dalle lezioni a causa della mancata corresponsione dello stipendio per alcuni mesi, il che ha reso loro la vita penosa e quasi impossibile.

È morto uno dei maggiori scienziati dei nostri tempi, sir PATRICK MANSON.

Era nato in Scozia, a Old Meldrum (Aberdeenshire), il 3 ottobre 1844. Aveva compiuto gli studi d'ingegneria; ma un contrattempo lo obbligò ad abbandonare questa professione e scelse la carriera medica e scientifica: si laureò in medicina a Aberdeen e in scienze naturali a Oxford. Fu per lunghi anni medico delle Dogane Inglesi in Cina, poi medico-capo dell'Ospedale della Gente di Mare nella piccola isola di Amoy, nel canale di Formosa, poi professore e decano del Collegio di medicina di Hong-Kong, professore alla Scuola di Medicina tropicale di Londra e a quella di Liverpool.

Nell'Ospedale di Amoy egli fece le sue celebri ricerche sulla filaria del sangue: scoprì come una parte del ciclo evolutivo della filaria di Bancroft si compia nel corpo del *culex fatigans;* fu quella la prima dimostrazione del compito patogeno degli insetti quali vettori di malattie.

Sappiamo quanto quella scoperta sia stata feconda; lo stesso Manson inspirò le ricerche di Ross, sulla malaria degli uccelli, tentate anche per la malaria umana; ad esse tennero dietro quelle di Grassi, il quale scoprì il compito specifico degli anofeli, riconobbe la necessità di un periodo d'incubazione dei parassiti malarici nel corpo di questi insetti e descrisse l'evoluzione che vi compiono; in seguito Manson riprese lo studio del problema, organizzando nella Campagna romana un'esperienza di protezione meccanica compiuta da Sambon e Low, e comunicò, in Londra, la malaria al proprio figlio P. F. Manson e a G. Warren, per mezzo di anofeli infetti provenienti dalla Campagna romana.

La scoperta di Manson sulle filarie provocò non soltanto quelle che abbiamo riferito sulla malaria, ma molte altre, sulla tripanosomiasi, sulle leishmaniosi, sulla febbre gialla, ecc.

Il Manson promosse non poche di queste scoperte. Col suo trattato sulle malattie tropicali, tradotto in italiano, egli ha contribuito efficacemente a educare i medici delle colonie.

Ebbe parte nella fondazione dello «Sleeping Sickness Bureau» incaricato di esaminare e recensire tutti i lavori pubblicati sulla malattia del sonno e sulle tripanosomiasi umane ed animali. Assunse un compito di prim'ordine in seno a molte commissioni incaricate di proporre e organizzare le misure profilattiche contro le endemie dei paesi caldi.

Fu non solo uno scienziato, ma anche un propulsore e un animatore, un uomo pratico e d'azione.

La scomparsa di Manson è una perdita grave per la scienza e per l'umanità. *a. p.*

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Zentralbl. f. inn. Med., 11 mar. — G. MARANON. Ipertonia e diabete.

Gazz. d. Osped. e d. Clin. 12 mar. — G. DE TONI. Dosaggio dello zucchero nel sangue e nel liquido c.-r.

Riforma Med., 13 mar. — L. CHIMISSO. Infantilismo malarico. — A. ZINO. Ricambio intermedio ed esterno nei nefritici ed uremici.

Bull. Acad. de Méd., 14 mar. — G. GUILLAIN e C. GARDIN. Le meningiti da elmintiasi. — E. DOUMER. Pressione sanguigna e tensione arteriosa.

Minerva Medica, 15 mar. — M. PIVANO. La jodoreazione come mezzo diagnostico per la febbre tifoide.

Pathologica, 15 mar. — B. POLETTINI. Sulla pretesa trasmissibilità in serie della batteriolisi provocata dal violetto di metile.

Presse Méd., 15 mar. — R. TARGOWLA. Azotemia e acidosi nella confusione mentale.

Wiener Klin. Wochens., 16 mar. — D. KLING. Dissenteria cronica e colite grave. — O. SCHWARZ. Il problema psicofisico della patologia sessuale.

The American Journal of the Medical Sciences, dic. — J. P. CROZER GRIFFITH. Encefalite cerebellare acuta. — F. M. RACKEMANN. Classificazione degli asmi. — E. H. MASON. Reazione di Wassermann non specifica nel diabete.

The Americ. Journ. of Obstetr. a. Gynec., dic. — W. T. DAMMEUTER. Lo studio preoperativo e la preparazione delle pazienti ginecologiche.

Annali di Ostetricia e Ginecologia, dic. — A. SCIO. Etiologia dell'aborto.

The British Journ. of Children's Diseases, dic. — C. W. BARR. Il bambino nervoso. — E. MORTON. Morbilli bullosi. — G. F. STILL. Rumori cefalici nei bambini.

Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris, 16 mar. — M. VILLARET e a. L'aumento dell'ombra radiologica epatica indice precoce di tubercolosi. — ARMAND-DELILLE e a. Le iniezioni sottocutanee di ossigeno nella tubercolosi polmonare.

Münch. Med. Wochens., 17 mar. — F. MÜLLER. Tubercolosi e costituzione. — O. WUTH. Costituzione e sistema endocrino. — R. MARTIN. Antropometria.

Le Scalpel, 18 mar. — A. BESSEMANS, L. VAN BOECKEL e J. VAN MEENEN. I metodi recenti di profilassi antidifterica.

Paris Médical, 18 mar. — Numero sulla dermatologia.

Journ. des Praticiens, 18 mar. — A. CANTONNET. L'occhio di bue. — L. NEUBERGER. Arteriosclerosi cerebrale e demenza «organica».

British Med. Journal, 18 mar. — W. HUNTER. Anemia perniciosa e anemia settica. — C. E. DUKES. Digestibilità dei batteri.

The Lancet, 18 mar. — A. H. TODD. Aspetti ortopedici delle artriti reumatoidi. — R. G. ROWS. I trattamenti moderni delle psicosi. — T. W. M. CAMERON. Il cane come vettore di malattie all'uomo.

L'Actinoterapia, dic. — F. DESSAUER. Come si di-

stribuisce l'energia dei raggi X nel corpo umano? — F. GHILARDUCCI. Azione biologica e curativa delle radiazioni secondarie ottenute per mezzo della ionoforesi argentica.

Revista Ibero-Americ. de Ciencias Médicas, dic. — R. LUIS Y YAGÜE. Sintomi cardiaci di origine intestinale. — C. BLANCO SOLER. L'iniziazione in fisiologia.

Rev. de la Asociacion de Tisiologia, dic. — A. A. RAIMONDI Il pneumotorace artificiale nel trattamento delle emottisi.

Zentrabl. f. Chir., 18 mar. — A. SCHUBERT. Etiologia delle paralisi ostetriche.

Mediz. Klin. 19 mar. — E. FINGER. La terapia moderna della sifilide.

La Presse Méd., 22 mar. — J. LACASSAGNE. I primi segni clinici dell'ulcera sifilitica della mucosa genitale.

Münch. Mediz. Wochens., 24 mar. — H. CURSCHMANN. Endocardite cronica (lenta). — F. GROEBEL. Roentgenterapia delle manifestazioni della menopausa.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 25 mar. — J.-L. ROUMAILLAC. Per riconoscere la tinta subitterica.

The Lancet, 25 mar. — L. ROGERS. L'ascesso epatico amebico. — E. M. DELF. Scorbuto sperimentale.

ARCHIVI.

Revue de Médecine, n. 4. — H. ROGER. La patologia del sistema nervoso autonomo. — W. KOPACCZEWSKY. I fenomeni di choc da contatto in patologia e loro terapia. — J. MINET e R. LEGRAND. Sull'impiego dei composti novarsenicali per iniezioni ipodermiche. — H. GODLEWSKI. Rivista d'attualità: la tubercolosi.

Il Policlinico, Sezione Chirurgica, n. 5. — O. CIGNOZZI. Occlusione intestinale per inginocchiamento del tenue da pericolite membranosa con corpo fibroso peduncolato. Laparotomia. Colon-enterolisi. Guarigione. Contributo alla fisiopatologia del crasso ed alla genesi delle membrane pericoliche. — R. MICOTTI. Sul cordoma del sacro (anatomia patologica e clinica). — T. LAURENTI. Contributo clinico all'acetonuria post-operatoria. — O. TENANI. Contributo alla chirurgia della papilla del Vater.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 12 Giugno 1922 Fasc. 24

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI.

CLINICA CHIRURGICA GENERALE DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI PISA.

Sulla stipsi cronica considerata dal punto di vista chirurgico.

Due lezioni cliniche tenute dal prof. D. TADDEI nei giorni 20 e 22 aprile 1922 raccolte dai dottori M. BUFALINI e C. ROMITI.

Dei numerosissimi individui affetti da stitichezza solo un piccolo numero ricorre oggi al chirurgo e precisamente alcuni fra quelli che, oltre alla stipsi, presentano una sindrome dolorosa, di solito erroneamente interpretata. Sono questi considerati come entero-colitici, più spesso come appendicitici, come colecistitici e come affetti da rene mobile o classificati con numerose altre errate etichette morbose. (Neurastenia, isterismo, ecc.). Di solito sono state fatte per mesi ed anni le cure mediche più irrazionali perchè non dirette alla causa.

Lo studio anatomo-patologico sul vivo in occasione di laparotomie per le più svariate indicazioni ha delucidato, se non ancora interamente, ma ampiamente, un nuovo capitolo chirurgico. Esso è basato sullo studio di alterazioni riscontrate particolarmente sul tratto ileo-cieco-colico ascendente e trasverso. Esso costituisce ormai un capitolo ricco di promesse e di successi.

Ho in questo momento in Clinica diversi malati, parte già operati, parte da operare, che mi serviranno per dimostrarvi il quadro di questa particolare sindrome morbosa, sia con l'esposizione delle storie cliniche, sia coll'esame semeiologico che faremo assieme, sia mostrandovi i repert radiografici, sia descrivendovi il reperto operatorio.

Vedremo poi quali siano le indicazioni all'intervento e quale il più conveniente trattamento chirurgico.

Se si escludono tutte le stenosi organiche ben note (tumori infiammatori, neoplasmi propriamente detti, invaginazione ileo-colica, volvuli, torsioni, briglie strozzanti) che hanno caratteri clinici particolari, diversi da quelli, che formano la sindrome sulla quale credo opportuno trattenermi, si può dire che in passato la patologia del tratto ileo-cecale avente rapporto con la sindrome ora detta si riassumeva in quella della tiflite stercoracea: da questa si distingueva la tiflite infiammatoria, e la tiflite suppurativa, Al periodo della tiflite è poi succeduto quello dell'appendicite.

Ma nei numerosi interventi che si sono fatti e si fanno per sintomatologia appendicitica, i

chirurghi hanno visto che spesso accadeva di trovare un'appendice d'aspetto normale; e si è allora pensato alle appendiciti microscopiche, alle appendiciti croniche d'emblée, alle pseudo-appendiciti (?), ecc., per spiegare il quadro clinico che aveva condotto il paziente sul tavolo operatorio.

Seguendo però i malati si è visto che anche dopo l'appendicectomia i disturbi spesso persistono; doveva dunque esistere qualche condizione, all'infuori dell'appendice, capace di mantenere il quadro morboso.

Una più accurata osservazione dei chirurghi durante gli interventi, favorita da laparotomie più ampie, ha dato modo di conoscere delle alterazioni, che erano sfuggite all'indagine microscopica, e alle quali doveva presumibilmente riferirsi la sintomatologia presentata dal paziente: indubbiamente ha contribuito molto a questo studio anche il sussidio dell'indagine radioscopica. Si è venuto così delucidando meglio questo vasto capitolo della stasi intestinale cronica. Esso comprende le stipsi di natura meccanica sostenute da condizioni anatomiche removibili, che prima erano considerate come dovute a semplice disturbo funzionale.

Il disturbo funzionale non aveva sempre una esauriente e logica interpretazione; si è visto invece che questa stipsi è spessissimo legata a determinate condizioni anatomiche che ora conosciamo abbastanza minutamente.

Un caso tipico di questa particolare forma ormai nota sotto il nome di stasi intestinale o di stipsi cronica lo abbiamo appunto nel malato che vi presento.

Si tratta di un uomo, dell'età di 32 anni, D. C. Gino, ricoverato in Clinica il 23 marzo 1922.

Riferisce che fino dalla prima gioventù soffre di stitichezza che è andata facendosi sempre più ostinata, va però soggetto ogni tanto a periodi diarroici che si alternano ai periodi di stitichezza; si lamenta pure, ogni tanto di lievi dolori viscerali accompagnati da notevole meteorismo, insorgenti qualche ora dopo i pasti.

Ha ricorso all'uso di purganti, e per consiglio di vari sanitari ha passato lunghi periodi di cura negli stabilimenti di Montecatini, di Ramiola, ecc., senza alcun beneficio. Sono pure rimaste senza effetto cure con fermenti lattici, applicazioni elettriche, ecc.

La storia di questo malato potrebbe a prima vista far pensare anche ad una appendicite; tanto più che all'esame del paziente si ha una certa dolorabilità alla pressione sulla regione cecale e si ha l'impressione come se esistesse in questa regione un cuscinetto elastico che dà anche senso di gorgolio. Del resto l'esame obbiettivo è negativo.

L'esame radiologico, come appare dalla lastra radiografica che vi presento, eseguita dopo somministrazione di sospensione gommosa di bario per bocca e per clistere, dimostra una particolare disposizione del primo tratto del colon; esiste cioè una forte ptosi dell'angolo epatico che si trova all'altezza della spina iliaca; il colon ascendente e il primo tratto del colon trasverso sono addossati fra di loro a duplice canna di fucile, formando nell'insieme una S italica.

Sotto lo schermo radioscopico abbiamo provato a spostare queste anse, ed abbiamo visto che sono saldamente aderenti fra di loro.

***

Una sintomatologia simile presenta quest'altro malato:

G. G. da Ragusa, di anni 30, entrato in Clinica il 14 marzo 1922.

Riferisce che fino da giovanetto soffre di una stipsi ostinata, per vincere la quale deve spesso ricorrere all'uso di purganti o di clisteri. Abbastanza frequentemente è preso da dolori all'addome, dolori vaghi, non molto intensi, localizzati prevalentemente nei quadranti inferiori del ventre. Nella storia di questo malato troviamo anche dei periodi febbrili con temperature che non superano i 38°, e che cadono dopo qualche giorno; rialzi termici dei quali il malato, come chi lo curava, non ha saputo dare alcuna spiegazione.

Anche in questo caso esiste una certa dolorabilità alla pressione sulla regione cecale.

Radioscopicamente si è rilevato che esisteva una disposizione a canna di fucile del colon ascendente e del primo tratto del trasverso; questi due segmenti del colon non erano però molto intimamente fissi fra di loro, giacchè era possibile con la pressione allontanarli solo per un certo tratto.

Oltre questi due casi, ho in questo momento altri tre malati, con sindromi simili a quelle che avete or ora sentito, e che del resto molti di voi già conoscono, avendoveli presentati, nelle esercitazioni della sera in corsia. Sono già stati operati e si trovano ora in piena convalescenza.

In quest'anno qui in Pisa ho già operato una quindicina di questi malati; fino al 1921 i pazienti che avevo operato per simili forme arrivavano ad una trentina. Studiando e ricercando accuratamente questi casi mi persuado sempre meglio che sono assai più numerosi di quanto possa sembrare.

E la sintomatologia si ricalca su quella dei pazienti che vi presento; spesso ai sintomi già indicati si aggiungono disturbi gastrici: nausee, flatulenze, anoressia e con una certa frequenza uno stato di deperimento generale, colorito pallido terreo della cute, e disturbi nervosi, che spesso fanno passare questi malati per dei neurastenici.

Si tratta dunque di una sindrome assai vasta, che comprende varie forme, per cui non si può parlare di una vera malatia, legata ad una

unica condizione. Cercherò di brevemente riassumerne le *varietà anatomiche e cliniche.*

Forme di questo genere vennero descritte la prima volta da Lane nel 1902, onde gli Americani designarono erroneamente questa sindrome come «malattia di Lane»; e dico erroneamente perchè la sintomatologia, che si riassume in fondo nella stitichezza cronica, non può riferirsi a una sola ma a cause varie; si può avere nelle cosidette appendiciti croniche, nelle varie forme di colite, in casi di ptosi viscerale, o in rapporto a speciali formazioni pericoliche note come membrana di Lane, membrana di Jackson, ecc.

Per quanto riguarda l'*Appendicite cronica* conviene andare cauti nel porre questa diagnosi, e se non sono avvenute in precedenza manifestazioni chiare di appendicite acuta (colica, ecc.). Ma le forme, che apparirebbero croniche fino dall'inizio, pure non negando che possano esistere, sono spesso legate ad altre condizioni e particolarmente alle formazioni pericoliche di cui sto per trattarvi e colle quali si può forse stabilire un rapporto patogenetico.

Anche le *Coliti croniche* possono dare manifestazioni del tutto simili; alcune forme di colite (tubercolari, sifilitiche, ulcerose, mucomembranose, polipose) hanno caratteri tali che ne rendono facile la distinzione (diarree mucose, sanguinolente, pseudo-membranose, dolori diffusi). Sono specialmente le coliti secche o spastiche, in cui non si ha emissione di muco con le feci che rientrano nel quadro, che sto considerando. Si tratta di forme che talora sono legate a soli fatti infettivi mucosi senza che esistano condizioni anatomiche chirurgicamente amovibili. Un caso di questo genere capitò alla mia osservazione l'anno scorso nel quale non trovai nell'anamnesi ne all'esame clinico nulla di obbiettivo che potesse spiegarmi i disturbi (stipsi e dolore cecale) del malato, se non uno stato di contrattura spasmodica di tutto il colon messo in evidenza dall'indagine radioscopica; non ritenni perciò indicato un intervento chirurgico ed ottenni la guarigione, che si mantiene tuttora, regolando la dieta, abolendo purghe e clisteri e somministrando belladonna.

In un altro malato, che da pochi giorni ha lasciato la Clinica esisteva pure una sindrome, che rientra in questo capitolo, come potete sentire dalla storia.

Si tratta di un uomo di 36 anni, C. A., colono da Volterra, entrato in Clinica il 2 marzo 1922.

Riferisce che da una diecina di anni soffre di una ostinata stitichezza che si alterna con periodi di diarrea; nei periodi diarroici, emette spesso con le feci piccole quantità di sangue rosso scuro ed anche di muco. Va pure soggetto con facilità a dolori che solo qualche volta raggiungono l'intensità di una colica, diffusi a tutto il ventre, e accompagnati spesso da vomito sia biliare, sia dei cibi ingeriti. Non sembra che l'insorgenza di questi dolori potesse mettersi in rapporto con l'ingestione degli alimenti. Qualche volta ha presentato lievi rialzi termici che si mantenevano per pochi giorni e che comparivano senza causa apparente. Le condizoni di nutrizione del malato erano andate facendosi alquanto scadenti.

All'esame radioscopico trovai una speciale disposizione del colon, che mi fece pensare all'esistenza di qualcosa di anatomico: l'angolo epatico alquanto abbassato, si trovava a livello della spina iliaca; il colon ascendente presentava poi una inflessione per cui veniva ad addossarsi al ceco da un lato, alla prima porzione del trasverso dall'altra; colle manovre palpatorie sotto lo schermo radioscopico, non si riusciva ad allontanare l'uno dall'altro i due segmenti addossati a canna di fucile, dell'ascendente e del trasverso.

Il reperto operatorio confermò quello radioscopico dimostrando una membrana che fissava le due porzioni di colon che apparivano anormalmente ravvicinate; trovai inoltre aderenze cicatriziali in corrispondenza dei due angoli colici; l'angolo splenico era particolarmente aderente alla milza e alla parete posteriore dell'addome.

Alla colite era dunque associata la presenza di membrane pericoliche, onde ritenni indicato un intervento diretto su queste.

Indubbiamente, la colite può determinare di per sè la stitichezza cronica, come era nel primo caso; ma spesso la colite si associa ad angolature del colon o a formazioni pericoliche; e non si può escludere che esista un rapporto genetico fra questi due stati, sia nel senso che la colite trovi la sua base in altre condizioni anatomiche (flessure, ptosi coliche, ecc.), o viceversa queste ultime debbano considerarsi come secondarie al processo colitico.

Particolare importanza per la stipsi cronica ha la presenza di *Membrane pericoliche.* Indubbiamente sono queste che si riscontrano in un grande numero di interventi per stasi intestinale cronica.

La prima di queste membrane fu descritta da Lane: Làne's King: si tratterebbe di una membrana, situata nello spessore del mesentere e che dalla parete posteriore dell'addome viene a fissarsi sul tenue, a pochi centimetri dalla valvola ileo-cecale; determinerebbe un angolatura del tenue nel punto di sua inserzione, onde ostacolo al circolo fecale ed ai gas.

Un altro chirurgo americano, Jackson, descrisse poi un'altra membrana che partendosi dalla parete laterale del ventre viene a fissarsi

sul colon ascendente, determinandovi una specie di strozzatura, onde ristagno nel ceco.

Il primo mio caso, uno dei primi illustrati in Italia (1912) che richiamò la mia attenzione su queste forme non era stato diagnosticato radioscopicamente; solo alla laparatomia pararettale ampia trovai una membrana sul tipo di quella di Jackson che strozzava il colon ascendente, mentre il ceco appariva dilatato; bastò che la sezionassi per vedere vuotarsi il ceco (1).

Si trattava di una donna operata da altro chirurgo di appendicectomia con persistenza dei disturbi precedenti (stipsi, dolori iliaci destri, sintomi nervosi).

In questo caso esisteva anche rene mobile di alto grado, che portandosi in basso determinava una inflessione dell'angolo epatico; ritenni perciò opportuno fare anche, nella stessa seduta, la nefropessia lombare. Il risultato fu veramente ottimo; scomparvero completamente i disturbi e la paziente in poco tempo aumentò in peso di molti chilogrammi. Ho rivisto in perfetto benessere l'operata anche recentemente (ormai sono trascorsi 10 anni dall'intervento).

Invitato da questo caso, ho fissato maggiormente la mia attenzione sulle membrane pericoliche. Dopo numerose osservazioni sono venuto nella convinzione che esistono vari altri tipi oltre quello descritto da Jackson; ed ho creduto di poterli classificare distinguendo tre tipi principali, ognuno dei quali viene a sua volta suddiviso in tre varietà (2).

Al primo tipo appartengono le membrane, che si portano trasversalmente dalla parete laterale destra dell'addome al colon; e ho suddiviso questo primo tipo in tre varietà indicate rispettivamente coi termini di membrana parieto-colica laterale, membrana parieto-colon-cecale laterale, membrana parieto-cecale laterale, a seconda che dalla parete laterale del ventre si portano sul colon ascendente, o sul colon e sul ceco, o solo sul ceco.

Ho riunito nel secondo tipo le membrane caratterizzate dal decorso obliquo dall'alto e dall'esterno della flessura epatica verso il basso e medialmente, rivestendo un tratto più o meno lungo di intestino; e ho distinto in questo gruppo tre varietà: m. parieto-colica discendente, m. parieto-colon-cecale discendente, m. parieto-colica discendente e cieco-iliaca discendente a seconda che dalla parte alta della parete laterale del ventre vengono a fissarsi sul lato mediale del colon ascendente avvolgendolo, oppure sul colon ascendente e sul ceco; nella terza varietà si avrebbe l'associazione di una membrana parieto-colica discendente con una membrana che dalla fossa iliaca risale per venire ad inserirsi sulla faccia esterna del ceco.

Viene infine il terzo tipo, costituito da formazioni membranose, che occupano l'angolo compreso fra colon ascendente e prima porzione del trasverso; anche qui ho distinto alcune varietà, a seconda che la membrana che ho chiamato interangolo-colica appare costituita da aderenze omentali, oppure ha un aspetto velamentoso, simile alla tipica membrana di Jackson.

Naturalmente queste classificazioni comprendono solo i tipi principali e più comuni e possono osservarsi, variamente riunite nello stesso soggetto, diverse delle varietà indicate.

Completato così lo studio anatomico di queste formazioni peritiflocoliche, rimaneva a stabilirne la natura; sono cioè da considerarsi come prodotto di un processo flogistico, o hanno invece il valore di formazioni congenite?

Studiando le membrane anche sotto questo punto di vista ha potuto constatare come ne esistano 2 *varietà*: Nella 1ª *varietà* sono liscie lucenti, come costituite da una duplicatura del peritoneo; sono riccamente vascolarizzate, e i vasi decorrono, tutti paralleli fra loro, trasversalmente o obliquamente secondo la direzione della membrana.

Un accurato esame istologico compiuto dal mio aiuto prof. Nassetti, ha dimostrato la presenza in queste membrane di piccoli tronchi nervosi; fatto che fa pensare piuttosto a formazioni congenite anzichè infiammatorie; va tenuto conto anche della costanza colla quale si presentano i varii tipi, che vi ho or ora indicato.

Alcune membrane sarebbero venute creandosi successivamente per duplicatura del peritoneo determinata da stasi del colon disteso da feci.

Il fatto che le membrane pericoliche sono state trovate anche nell'embrione (Flint) fa pensare che si tratti di formazioni che possono aversi in condizioni fisiologiche, e che solo secondariamente acquisterebbero valore patologico. Infatti non sempre queste membrane causano i disturbi che si riassumono nella stitichezza cronica. Così ricordo di avere operato una donna affetta da cisti ovarica, nella quale trovai anche delle tipiche membrane pericoliche; non ritenni opportuno però toccarle giacchè la donna non mi aveva accusato alcun disturbo che potesse mettersi in rapporto con

---

(1) *Riforma medica*, n. 2, 1914.

(2) *Atti della Soc. Italiana di Chir.*, 1920.

queste. Solo dopo la laparotomia cominciò a soffrire di stipsi. Evidentemente allontanata la ciste ovarica si è avuto un abbassamento del colon ed allora la membrana ha agito determinando angolature o stenosi.

Il meccanismo, col quale le membrane ostacolano la progressione delle materie fecali e dei gas è vario nei diversi tipi.

Molti di Voi che hanno assistito ad interventi per queste forme, avranno notato come una volta sezionata la membrana, in quelle a decorso discendente, sia abbia un allungamento, a volte assai considerevole, del colon, che evidentemente era mantenuto affardellato, come a fisarmonica, dalla membrana stessa.

In altri casi si osservano invece gomitature, inflessioni, ecc. Il ceco va allora distendendosi, e colla distensione di questo si fanno sempre più marcate le gomitature e quindi l'ostacolo al circolo fecale.

La 2ª *varietà* è rappresentata da membrane, che sono evidentemente legate ad un processo flogistico: e si distinguono già macroscopicamente, perchè non sono trasparenti come le precedenti, ma sono biancastre, di aspetto fibroso, e d'altra parte non si presentano così tipicamente vascolarizzate; di più occupano sedi svariate e non si presentano tipi fissi come quelle congenite. In questi casi si può più precisamente parlare di pericolite membranosa, nome che impropriamente dato da Jackson alla formazione da lui osservata viene ancora usato in ogni caso creando confusione.

In qualche caso ho anche osservato l'associazione di membrane infiammatorie con altre di tipo congenito; e forse non si tratta di un'associazione accidentale: la membrana congenita ha favorito lo stabilirsi di processi flogistici a carico del colon o dell'appendice, e secondariamente a questi si è avuto lo sviluppo delle formazioni infiammatorie.

Donati recentemente ha studiato queste forme, ma specialmente dal punto di vista della ptosi, e le ha riunite sotto il termine di: Stenosi ileo-coliche di posizione.

Indubbiamente la *Ptosi viscerale* ha importanza nel determinare fatti di stenosi, specialmente le ptosi dello stomaco, del rene, del colon. Fino ad un certo punto però questa ptosi può essere presa in considerazione, mentre in un numero considerevole di casi non interviene affatto nel determinare la complessa sintomatologia.

Dal punto di vista dell'intervento chirurgico dobbiamo prendere in considerazione solo le ptosi circoscritte, limitate a qualche organo, mentre fuoriescono dal campo chirurgico le ptosi generalizzate, che formano il quadro della malattia di Glenard.

Nell'ultimo Congresso di Chirurgia si è a lungo discusso appunto sul trattamento di questa ptosi generalizzata, e la maggioranza dei chirurghi si è dimostrata favorevole piuttosto che alla cura con mezzi chirurgici a quella con mezzi ortopedici, consistenti nell'applicazione di una ventriera costruita appositamente secondo le esigenze del caso, ed applicata e successivamente sorvegliata sotto il controllo radioscopico; soltanto in questo modo, come ho fatto rilevare al detto Congresso, si potrà avere la certezza che la ventriera mantiene i visceri nella giusta posizione e non li costringe con grave danno in sede ectopica, come spesso avviene per cinti mal costruiti e male applicati

Per quanto riguarda poi le ptosi circoscritte resta sempre aperta la discussione se si debbano considerare come primitive o secondarie alla stasi, o non sia invece primitivo di ristagno, che determina a sua volta la ptosi e la formazione delle membrane.

Un'altra condizione anatomica che può aver valore per la spiegazione di certe stipsi croniche è la *Mobilità Cecale* eccessiva; abbastanza frequente, può raggiungere anche il 40 %; ma non credo sia condizione essenziale per determinare la stasi; solo in qualche caso si può riferire al cieco mobile la sintomatologia (Tiflectasia — Hofmeister, Tifloatonia — Fischler). Sono stati descritti anche casi di volvolo del ceco, la cui sintomatologia si confonde piuttosto con forme acute che colla stasi intestinale cronica.

Un caso tipico di ceco mobile è rappresentato dalla malata che vi presento.

Si tratta di una sposa di 31 anni, G. A., da Terranova Bracciolini, ricoverata nella nostra Clinica il 3 aprile 1922. Soffre da diversi anni di una stitichezza ostinata, e ad intervalli vari di settimane e di mesi è presa da dolori piuttosto intensi, talora a tipo colico, localizzati nel quadrante inferiore destro dell'addome. Qualche volta questi dolori sono stati accompagnati da lieve rialzo termico. Da qualche mese le crisi dolorose si sono fatte più frequenti, la stitichezza più ostinata, mentre le condizioni generali sono andate scadendo.

All'esame della malata rilevai l'esistenza di una dolorabilità alla pressione nel quadrante inferiore d. dell'addome, dove si apprezzava pure un senso di guazzamento da riferirsi evidentemente al ceco fortemente dilatato; Radioscopicamente infatti trovai il ceco molto grande, che si portava in basso e medialmente; l'angolo epatico era a livello della cresta iliaca, mentre quello splenico occupava la sua sede normale

Alla laparotomia trovai infatti il ceco enor-

memente disteso e con una mobilità tale che poteva facilmente essere spostato in qualunque punto del ventre.

Oltre queste condizioni relativamente comuni, ne esistono varie altre, rare, capaci di determinare la stasi intestinale cronica; vi ricorderò, ad es., un caso che operai nel 1917 e che feci illustrare dal mio aiuto, prof. Nassetti (1).

***

Si trattava di una donna che fino dall'infanzia soffriva di stitichezza; era ricorsa a me perchè da qualche mese la stitichezza aveva raggiunto un grado allarmante, accompagnandosi a fatti dispeptici, vomito frequente, dimagramento. All'esame della malata notai come la fossa iliaca d. fosse occupata dal ceco fortemente dilatato, lievemente dolente alla pressione.

Intervenni con diagnosi di stenosi sopracecale da probabile membrana di Jackson, e trovai invece che la stenosi sopracecale, esisteva sì, ma era determinata da un'appendice abnormemente lunga (21 cm.) che si avvolgeva a spirale attorno al ceco determinando una stenosi a clessidra a 10 cm. dall'estremo inferiore di questo. Naturalmente tolsi l'appendice, rimuovendo così l'ostacolo al circolo fecale; i disturbi scomparvero e migliorarono rapidamente le condizioni generali, sì che in poco più di un anno la malata era cresciuta 17 kg. di peso.

Abbiamo così passato in rassegna le varie cause che possono determinare la stitichezza cronica con dolori.

Vediamo ora quali sono gli elementi su cui possiamo basarci per stabilire *la diagnosi*.

Sintoma principale è indubbiamente la stitichezza: stipsi abituale che dura da molti anni, in genere dalla pubertà; da prima si tratta di una semplice stitichezza, poi appare la dolorabilità; in altri casi l'alvo si vuota ogni giorno ma insufficientemente. Ogni tanto poi si hanno periodi di diarrea, spesso con emissione di muco per il sopravvenire di una colite.

Il dolore non è molto intenso nè così circoscritto al punto di Mac-Burney come nell'appendicite e spesso i dolori cessano con l'evacuazione e con l'emissione di feci o di gas per l'ano; mancano l'iperestesia, la difesa muscolare, il segno di Rowsing, la leucocitosi.

Alla palpazione si trova invece il ceco disteso da gas o ripieno di feci; altre volte è contratto, a budino; si ha spesso l'impressione di un cuscinetto elastico con risonanza alta, senso di guazzamento; questo gorgoglio ileo-cecale in soggetti non purgati è di qualche importanza per la diagnosi.

In altri casi si ha anche rialzo termico lieve o più marcato se si associa la colite.

Si hanno ancora spesso concomitanti disturbi gastrici (nausee, flatulenze) e sintomi neurastenici: frequente è la cefalea; si tratta di individui magri, di colorito terreo, astenici, che si trovano in uno stato di intossicazione stercoremica; vedo spesso di questi pazienti trattati come «nervosi» e curati inutilmente con iniezioni ricostituenti.

Un segno sul quale ho fermato in questi ultimi tempi la mia attenzione e che ho talora trovato presente nelle pericoliti è il segno da Murphy, proposto per la diagnosi di colecistite: Sapete bene come si ricerca: stando il paziente in decubito supino, si porta la mano che palpa profondamente sotto l'arco costale nel punto colecistico destro e si invita il malato a compiere una profonda inspirazione; se esiste colecistite l'inspirazione è arrestata da un vivo dolore all'ipocondrio. A questo segno avevo dato anch'io molta importanza per la diagnosi di colecistite. In questi ultimi tempi tale segno mi ha fatto compiere due errori di diagnosi; sono intervenuto con diagnosi di colecistite, ed ho trovato invece nulla a carico della cistifellea, mentre prolungando l'incisione in basso ho potuto scoprire e trattare convenientemente una pericolite. E l'errore di diagnosi è tanto più facile in quanto la sintomatologia della pericolite somiglia molto a quella di certe forme di colecistite.

Vi consiglio dunque d'andare molto cauti nella diagnosi di colecistite come in quella di appendicite in queste forme a sintomatologia dubbia e ponderare bene tutti gli elementi che potranno chiarire la diagnosi, ricorrendo sempre all'esame radioscopico.

Nelle donne non deve essere mai dimenticato l'esame ginecologico. Il dolore annessiale potrebbe essere confuso con quello di origine colo-cecale.

Anche l'esame del rene destro è indispensabile. L'insufflazione del colon può in qualche caso offrire qualche dato. Può far riconoscere la disposizione del colon, la difficoltà di riempimento del ceco, la dolorabilità di questo alla distensione.

Ma è solo con l'esame radioscopico che si può fare la diagnosi esatta; la stipsi intestinale cronica di natura chirurgica è di diagnosi radioscopica; questa ricerca dovrebbe essere

(1) NASSETTI F. *Stenosi sopracecale da anormali condizioni anatomiche dell'appendice.* Il Policlinico, Sezione Chirurgica, 1919.

molto più estesa di quanto non si usi oggi. Essa però deve essere fatta molto accuratamente e da chi ha esperienza particolare. Somministrata la sospensione gommosa o la pappa di bario per bocca, conviene seguirla progressivamente nella sua traversata attraverso le varie sezioni dell'intestino; giunto che sia il bario nel crasso è bene somministrare un clistere di bario, in modo da riempire così completamente tutto il grosso intestino. E studieremo di questo la posizione, la forma, il rapporto reciproco dei vari tratti; cercando di scostarli con la mano sotto lo schermo radioscopico, vedremo se sono mobili o fissi e nel caso in cui due segmenti siano anormalmente avvicinati fra di loro, ricercheremo se è possibile scostarli con la mano, o se sono mantenuti fissi da aderenze. Converrà sempre praticare l'esame mantenendo il paziente sia in posizione eretta, sia in posizione supina; va pure studiato in quanto tempo si compie lo svuotamento dei vari tratti dell'intestino, e con quali modalità.

Sulla base dell'anamnesi, dei reperti clinici e specialmente di quello radiologico deve essere stabilita la *cura*, che varierà da caso a caso.

Nelle forme sostenute da semplice colite lieve non ritengo opportuna la cura chirurgica; dovrete invece consigliare una cura medica (blandi lassativi, clisteri, ecc.) e sopratutto un appropriato regime dietetico; nelle forme in cui si aggiungono anche fatti spasmodici sarà molto utile la somministrazione di belladonna come nel caso che vi ho ricordato.

In forme gravi di colite si sono praticati anche interventi chirurgici; Novaro consigliò e praticò la cecostomia che ormai è del tutto sostituita dall'appendicostomia; ci si serve di questa apertura per fare dei lavaggi del colon. Vi ho già manifestato in altre lezioni la poca fiducia, che io nutro per i lavaggi in genere e quindi anche per questi; e, del resto, volendo praticare dei lavaggi del colon credo possa essere sufficiente la via rettale. Sono poi contrario all'appendicostomia anche per un'altra ragione: la piccola incisione laparotomica che si pratica per questo intervento è insufficiente per fare una conveniente esplorazione del colon; e d'altra parte non è piccolo inconveniente la fistola sia pure poco secernente che si stabilisce.

Credo invece che in queste forme di colite, che si sono mostrate ribelli ad ogni trattamento medico, e nelle quali i disturbi sono tali da giustificare un intervento anche grave, sia consigliabile come trattamento chirurgico l'esclusione del colon (ileo-sigmoido-stomia), nei casi nei quali le lesioni sono particolarmente localizzate al tratto ileo-ceco-colon (ascendente e trasverso). Come vi ho spesso mostrato nelle sedute operatorie, pratico in questi casi delle laparotomie ampie; uso l'incisione pararettale destra lunga 10-15 cm. e che arriva in basso fino alla bisiliaca. Posso fare in tal modo un accurato esame del ceco e del colon e provvedere a seconda del bisogno.

Nel trattamento delle membrane pericoliche è insufficiente la semplice sezione della membrana e la sua asportazione; nella chirurgia addominale conviene tener presente il principio che ogni superficie cruenta va soggetta a contrarre aderenze; quindi la necessità di peritonizzare la superficie del colon dopo averla liberata della membrana. Ho ideato perciò un processo di plastica di queste membrane, che ho ormai applicato su vasta scala; ed i risultati ottenuti mi lusingano d'essere riuscito a risolvere questo complesso problema della chirurgia addominale

Il concetto che mi ha guidato è che i vasi che abbiamo visto essere numerosi e tutti fra loro paralleli, sieno paralleli all'asse massimo della membrana e corrispondano quindi alla linea di trazione (cristallizzazione delle linee di forza di Lane); sezionando la membrana secondo una direzione perpendicolare a questi vasi si viene ad abolire la trazione che questa esercitava sul colon. Sezionata la membrana, riesce facile distendere il colon in modo da abolire le inflessioni che presentava; suturo allora, a punti staccati, i margini dell'incisione secondo una direzione perpendicolare a quella di sezione (ad es., trasversale) se la sezione è stata fatta perpendicolare); ottengo così di ricoprire di nuovo il colon bene disteso, di un rivestimento peritoneale che mi mette al sicuro dallo stabilirsi di aderenze.

Non sto qui a descrivervi minutamente la tecnica nei vari casi; molti di voi l'hanno vista da me applicare e recentemente è stata descritta con figure molto dimostrative dal mio aiuto, prof. Nassetti (1).

Nei casi, in cui la stasi intestinale non sia dovuta a membrane, ma a ptosi circoscritte (vi ho già detto che nelle ptosi generalizzate non ritengo opportuno il trattamento chirurgico) è pure consigliabile l'intervento; e questo può essere vario.

Per quanto concerne l'appendice credo conveniente di praticare l'appendicectomia special-

(1) *Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. IV, fasc. 6, 1921.

mente se esiste qualche fatto che faccia ritenere che l'appendice non sia completamente integra. L'operazione viene allungata solo di pochi minuti. Nessun timore ho, come hanno espresso certi teorici, su conseguenze dannose dall'ablazione dell'appendice.

Non si può ritenere studiando gli appendicectomizzati, che l'appendice nell'uomo svolga un'azione ormonica peristaltica: anzi in quest operati la funzione intestinale viene molto migliorata. Molto dimostrativa è a questo proposito la statistica fatta recentissimamente da De Quervain su appendicectomizzati ed operati di ernia.

Donati nelle forme dette da lui Stenosi ileocoliche di posizione avendo notato come spesso la ptosi del colon sia associata a ptosi del rene, ha ideato e praticato una tecnica speciale per fissare per via lombare il rene, e aperto il peritoneo fissare il colon in corrispondènza dell'ultimo spazio intercostale.

Poca fiducia bisogna avere nelle pessie in genere; questo mio convincimento è il risultato di numerose osservazioni cliniche e sperimentali. Mentre in primo tempo l'organo rimane nel punto in cui è stato fissato, a poco a poco la cicatrice, continuamente stirata, cede, si allunga, e l'organo torna a muoversi liberamente nel cavo peritoneale.

A parte questo, l'intervento per via lombare proposto da Donati mi pare abbia l'inconveniente di impedire una diligente e completa esplorazione del colon, sempre necessaria in questi casi, per completare l'esame clinico e radioscopico.

Ritengo quindi più conveniente la laparotomia pararettale; e, nel caso in cui sia evidente l'influenza del rene sulla ptosi e sulla flessione del colon praticare nella stessa seduta la nefropessia lombare, come feci nel caso citato, con ottimo risultato.

Ma l'intervento che io pratico d'elezione quando esistano angolature del colon, non suscettibili di correzione con plastica, o ptosi del colon, o colite diffusa, è rappresentato dall'anastomosi fra i due punti patologicamente ravvicinati nel caso di angolatura, in modo da escludere l'ansa soprastante (ileo-trasversostomia, cieco-trasverso-stomia, ileo-sigmoidostemia, cieco-sigmoido-stomia); nei casi di colite cronica ribelle alle cure mediche, pratico la ileo-sigmoido-stomia.

Alcuni chirurghi americani, che si sono molto occupati di questa parte della chirurgia addominale, hanno obbiettato che anche dopo queste anastomosi possono persistere i disturbi nel malato; infatti l'esclusione incompleta non impedisce che una certa parte di feci passino nell'ansa, che si era voluta escludere; e d'altra parte non è conveniente, per ovviare a questo, chiudere il moncone orale di quest'ansa, giacchè per l'antiperistalsi esistente nel colon, il materiale sottostante continuerebbe a refluirvi dal segmento anale.

Per ovviare a questi inconvenienti detti chirurghi (ed in Francia Pauchet) sono venuti nella determinazione di praticare delle resezioni parziali o totali del colon.

Ma la colectomia costituisce sempre un'operazione di una gravità notevole, e non sono propenso a prenderla in considerazione, se non nel caso di affezioni che potessero mettere in serio pericolo la vita del paziente.

D'altra parte con la colectomia si viene a sottrarre completamente all'organismo la funzione del colon che si deve ritenere di considerevole importanza.

Ritengo dunque la resezione del colon un'operazione sproporzionata ai disturbi che si vogliono curare.

Per le ragioni che vi ho poc'anzi esposto ritengo inutili le pessie del colon, sia nelle ptosi coliche circostritte, sia nel cieco mobile. Anche in questi casi credo più logiche le anastomosi con esclusione incompleta del tratto ptosico. Nel caso di cieco mobile sopracitato ho praticato la cieco-sigmoido-stomia, che per la mobilità ciecale riuscì di tecnica assai semplice. Molti chirurghi hanno praticato la plicatio del ceco o del colon dilatato; ma anche questa pratica è inutile perchè a poco a poco le plicature si distendono ed il cieco torna al volume primitivo. Avrete visto praticare anche da me la plicatio del colon nel fare la plastica delle membrane pericoliche; ma in questi casi la plicatio non era fine a sè stessa, bensì un espediente per peritoneizzare porzioni di colon che erano rimaste prive di peritoneo.

Riassumendo dunque, quando all'esame clinico e particolarmente radiologico possiamo riconoscere una causa che determina o mantiene o aggrava la stipsi cronica e le cure mediche razionali si sono mostrate insufficienti noi dobbiamo consigliare e praticare il trattamento chirurgico. Questo varia a seconda della condizione anatomica esistente: le operazioni più comunemente indicate sono la plastica delle membrane pericoliche, l'anastomosi intercolica o interileocolica, con esclusione di un tratto più o meno grande di colon nel cieco mobile, nelle ptosi circoscritte gravi, nelle coliti, nelle membrane pericoliche infiammatorie ed anche in quelle congenite complesse non

bene curabili colle plastiche. Più raramente sarà indicata la nefropessia nell'angolatura del colon ascendente associata a ptosi renale.

Comunque, è necessario, specialmente nei casi, nei quali si trovano appendici sane, nei casi nei quali si abbia la sindrome sopradescritta, di praticare un'ampia laparotomia con esame accurato di tutto il tratto ileo-cieco-colico per applicare la cura più razionaale.

Dai risultati ormai non scarsi nè recenti dei miei operati posso affermare che si possono ottenere successi notevolissimi sia relativamente alla funzione intestinale, sia ai dolori, sia alle condizioni generali.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Contributo alla casistica del Sodóku.

Dott. ALBERTO RUGGIERO.

Luisa M., di anni 57, da S. Maria a Vico. Nulla da notarsi nella collateralità e nell'ereditarietà. Anamnesi remota muta. 14 gravidanze. Le prime tre con aborti a sette mesi, le altre a termine. Dei bambini nati vivi molti sono morti piccoli per malattie imprecisabili. Uno morì a diciotto anni per bronco-polmonite. Tre viventi, robusti e sani. Non risulta lue alle indagini più accurate. Malgrado gli aborti facciano sospettare abbastanza.

Il 1° maggio fu morsa da un topo grigio con addome chiaro (topo delle chiaviche) mentre era per acchiapparlo con un panno di lana. Il topo la morse al medio della mano destra affondando i denti a traverso il panno di lana. La piccola ferituccia medicata sommariamente con tintura di iodo guarì in pochi giorni. È degno di nota che nei primi giorni dopo la ferita, quando questa non era ancora chiusa, lavò dalla biancheria sporca. Al 14° giorno mentre era in istato di piena salute, fu assalita da leggiero brivido di freddo, seguito da temperatura alta (40°.5) e nello stesso tempo il dito morsicato si tumefece, si arrossì allargando la sua tumefazione e il suo arrossamento anche all'antibraccio ed alla parte inferiore del braccio, al di sopra del gomito. La tumefazione, uniforme sul dito e sulla mano, si presentava sul braccio e sull'antibraccio a chiazze, a noduli duri elastici messi lungo il cammino dei cordoni neuro-vascolari e linfatici con superficie cutanea soprastante intensamente rosso-scura tendente al violaceo e calda, poco dolente.

Le glandole sotto ascellari e sopra clavicolari si presentavano ingrossate, dolenti alla palpazione. L'occhio destro aveva la congiuntiva iniettata. In questo primo attacco niente eruzioni cutanee generalizzate. La temperatura durò alta per due giorni con leggiere remissioni mattutine (vedi ascissi). L'ammalata accusava cefalea, reumatalgia generalizzata, inappetenza; il sensorio era integro, la mente lucida. Sopportava l'alta temperatura abbastanza bene senza spossatezza o delirio o confusionismo mentale.

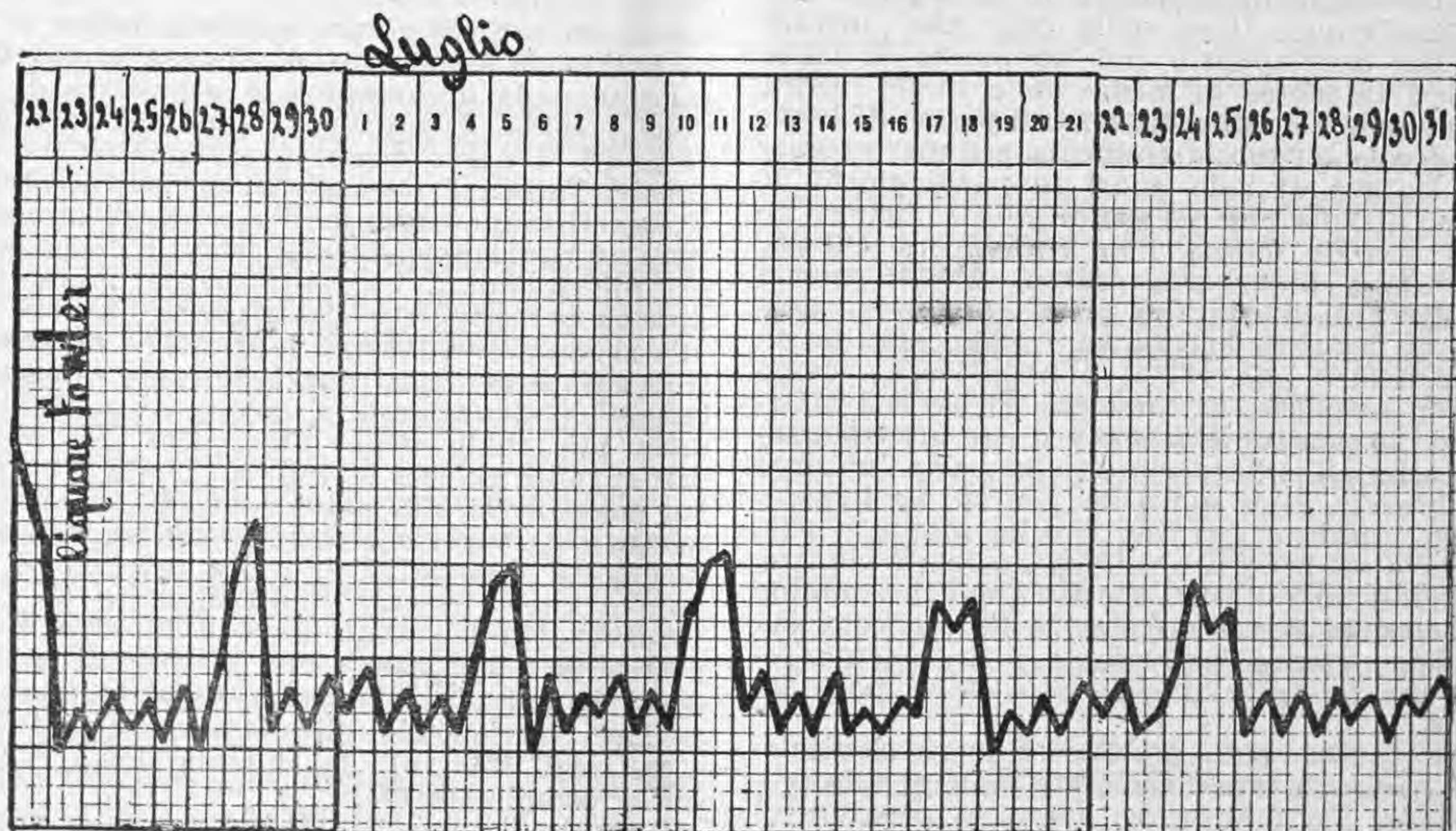
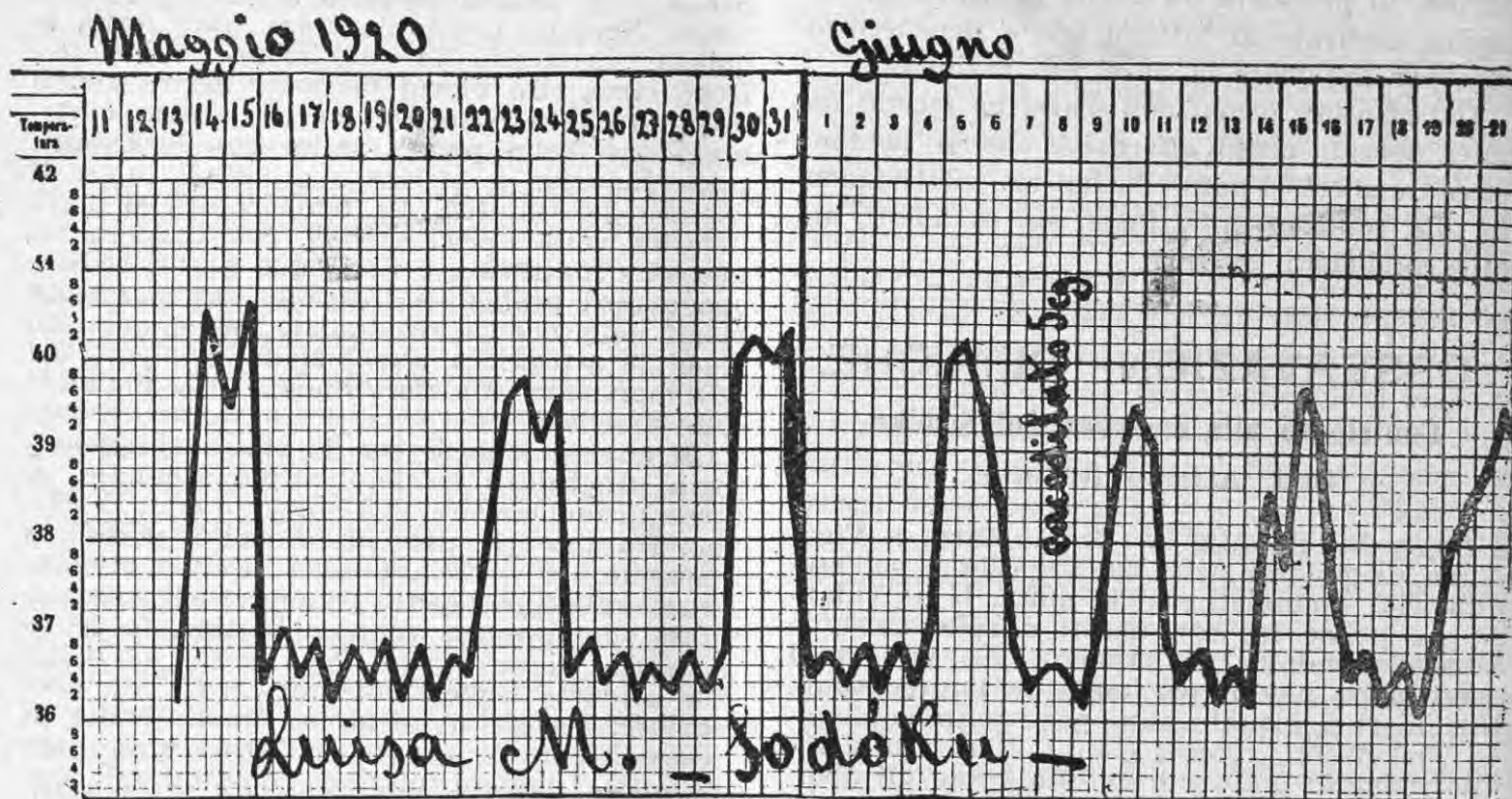
Al terzo giorno la temperatura alta cessò per crisi con profusi sudori e i sintomi locali andarono diminuendo di intensità fino a scomparire, residuando solo una infiltrazione dura con superficie rosso-violacea a carico del dito che era stato morsicato. Durante il periodo febbrile restò a letto quasi sempre perchè si sentiva spossata, con nausea assoluta per il cibo, cefalea leggiera senza altra sofferenza. Neppure il dito dove era stata ferita le doleva, malgrado si mantenesse tumefatto. Dopo circa otto giorni la mano destra gonfiò di nuovo presentando quasi la stessa sintomatologia della prima volta, con le chiazze rosse indurite, a strisce e a noduli lungo il decorso dei linfatici. La temperatura si elevò un'altra volta a 39°, a 39°.5, con leggiera remissione mattutina e dopo due giorni cedette con sudori profusi, e tutta la sintomatologia rientò nella norma, residuando solo spossatezza generale e leggiera tumefazione indolente del dito morsicato, con risentimento delle glandole sotto ascellari.

Gli accessi febbrili con la stessa sintomatologia generale e locale, benchè attenuata, si presentarono ancora il 30 maggio ed il 5 giugno. Durante gli attacchi febbrili il polso era frequente, 110, a 120 al minuto; il cuore si manteneva valido. L'aspetto generale dell'ammalata era buono, senza troppo abbattimento. Niente delirio. Lieve cefalea. Poca patina sulla lingua, addome leggermente meteorico con alvo regolare. Fegato e milza nei limiti. Nulla al torace. Niente da notare nell'urina esaminata due volte. Leggiera iniezione congiuntivale specialmente a destra. Durante questi ultimi attacchi comparve un'eruzione con chiazze rosse sparse su tutto il corpo, specie a destra, a tipo polimorfo essudativo, di diversa grandezza, raggiungendo al massimo la grandezza di un doppio soldo. Localmente i sintomi facevano l'alto ed il basso come la sintomatologia generale. Tacevano o quasi nei periodi afebbrili, si esacerbavano durante gli accessi di piressia. Però ad ogni nuovo accesso febbrile erano sempre più attenuati. La ferituccia del morso era appena percettibile e cicatrizzata. La cute del dito si mantenva sempre infiltrata; i movimenti di esso erano tutti liberi. Durante le esacerbazioni, sull'antibraccio destro si notava la pelle più calda delle altre parti del corpo, con le solite chiazze di infiltrazione a cute rossa, non dolenti alla palpazione, sparse specialmente sulla superficie palmare. Se ne vedevano anche sul braccio al di sopra del gomito. Si notava costantemente una differenza di temperatura tra l'ascella destra e la sinistra: a destra la temperatura era sempre di cinque o sei decimi più alta che a sinistra. L'ascissi acclusa corrisponde alla temperatura di destra. Negli intervalli la sintomatologia cedeva quasi completamente.

Durante il mese di giugno, luglio e agosto (7 giugno, 14 agosto) subì dieci attacchi di piressia, con intervalli, irregolari che andarono sempre più aumentando di durata, fino a raggiungere la durata di tredici giorni. Così andarono anche diminuendo di intensità in modo che la temperatura non raggiunse negli ultimi tempi neppure i 38°. Qualche volta l'attacco febbrile fu tanto leggiero che l'ammalata lo

sopportò in piedi senza mettersi a letto con leggiera cefalea e leggiera dolorabilità generale. I sintomi locali si andarono attenuando al massimo grado. Il dito morsicato e il braccio tornarono normali, solo a carico del dito si notava una leggiera atrofia, forse per inanizione. Certamente i movimenti di flessione non erano validi come normalmente, nè erano possibili attacchi fu più accentuato, anzi quasi aumentava in ragione della intensità dei fenomeni locali sul braccio morsicato. Negli ultimissimi attacchi però non si verificò neppure l'eritema.

Nel mese di settembre e ottobre gli accessi febbrili cessarono del tutto e così pure la sintomatologia locale a carico del sistema linfoglandolare dell'arto superiore destro. Il de-

in tutta la loro estensione. Le condizioni generali erano deperite abbastanza. Buon appetito. Condizioni digerenti ottime. Negli intervalli apiretici l'ammalata si alzava e accudiva stentatamente alle faccende domestiche. La iniezione congiuntivale a destra non comparve più. L'eritema essudativo invece, negli ultimi perimento andò gradatamente guarendo e l'ammalata tornò alle condizioni normali.

Non fu possibile nessun esame di laboratorio per l'assoluto diniego dell'ammalata a cedere una goccia di sangue per gli esami. Così pure non fu possibile convincerla ad assoggettarsi ad una cura endovenosa col salvarsan.

Il sistema curativo fu molto semplice. Nei primi tempi fu solamente sintomatico: impacchi caldo-umidi localmente, aspirina e chinina internamente, come si usa in Giappone. Poi si ricorse agli arsenicali sotto forma di cacodilato di soda per iniezioni ipodermiche. In ultimo per la intolleranza assoluta dell'ammalata alle iniezioni, si propinò liquore arsenicale del Fowler.

Ho visto l'ammalata in questi giorni: marzo 1921, stà benissimo. Non è stata più ammalata dal settembre scorso. Il dito medio destro che fu morsicato è tornato integro con tutti i movimenti normali.

Questo caso clinico osservato nei mesi di giugno, luglio e agosto 1920 nella clientela privata mi fece ricordare del magistrale lavoro sul sodóku del prof. Frugoni, pubblicato sulla *Riforma Medica* del 1911. La casistica della «febbre da topi» pubblicata in Italia ed in Europa dopo quel primo caso di Frugoni, è abbastanza ristretta. Il mio sarebbe il decimo caso pubblicato in Italia almeno secondo quelli che sono a mia conoscenza. Perciò ho creduto doveroso per me ed utile contribuire alla casistica pubblicando questo lavoro.

Sodóku è il nome giapponese di una malattia esotica comunissima in Cina ed in Giappone. La conoscenza di essa ci viene proprio dai medici Giapponesi. In Europa è conosciuta da pochi anni sotto il nome di Rat-bit-fever in Inghilterra e di Rattenbisskran Kheit in Germania. In Italia la fece conoscere il prof. Frugoni nel 1911 e in Francia dopo di lui la fece conoscere il Gouget che riportò il sunto del suo lavoro sulla *Presse Médicale* (n. 18, 1912). Prima del Frugoni in Inghilterra l'Horder pubblicò tre casi della malattia ma senza individualizzarla e raggrupparli sotto il nome di Sodóku. Così pure in Italia pare che il dott. Dandolo ne abbia osservato un caso ma senza riconoscerlo nel 1899. In questi ultimi anni sono stati descritti diversi casi in Europa ed in America. In Italia dopo il caso del Frugoni a Firenze nel 1911, abbiamo il caso del Gotti a Ravenna nel 1912, i due casi dello Zanini nel 1914 a Leno di Brescia, il caso di Perugia e Carchidio nel 1915, quello di Piazza nel 1916, quello di Martinotti nel 1917, quello di Borelli a Genova nel 1918, e il caso di Bergamini nel 1919 nell'Ospedale 0141. Sicchè è una malattia che ha una storia molto breve almeno in Europa e in America.

Tenendo presente gli ultimi studii, questa malattia può essere definita una spirochetosi, un'infezione da spirocheta inoculata all'uomo per mezzo del morso di un topo infetto, caratterizzata da febbre a tipo ricorrente con intervalli irregolari, accompagnata da esacerbazione di sintomi inflammatorii localizzati nel sistema adeno-linfoide della regione del corpo, infettata col morso, e da una eruzione cutanea a tipo essudativo polimorfo.

La etiologia nel sodóku è tutto. È quella che gli ha dato il nome perchè in tutte le lingue la malattia viene chiamata «febbre da topo», e così individualizzata. Veramente questa causa etiologica in Giappone comincia ad essere scossa, perchè pare che la malattia possa essere prodotta anche da morso di donnola, di gatto o di scoiattolo, o altro animale che si sia infettato mangiando topi infetti. La mia ammalata pochi giorni dopo il morso del topo ha lavato biancheria sporca. Ha contribuito questo fatto allo sviluppo della malattia? Ha prodotto invece esso stesso da solo l'infezione della ferituccia ancora beante e quindi la sintomatologia consecutiva Questo quesito si connette a tutto il problema etiologico del Sodóku. È fuori dubbio che il morso del topo ha prodotto la malattia, almeno tenendo presente le sole conoscenze che abbiamo finora.

Ma non tutti i morsi di topi producono la sintomatologia suddescritta. Conosco parecchi individui morsicati da ratti di diversa specie che non hanno presentato altra sofferenza oltre i leggieri disturbi locali prodotti dalla ferita. Hata in Giappone ha osservato lo stesso fatto. Perciò qualcuno ha ventilato l'idea che non tutti i topi sono capaci di infettare e si è cercato restringere la possobilità dell'infezione ad una sola specie di ratti.

Nelle nostre regioni la specie che più facilmente si rivolge a mordere quando è aizzata, è il topo delle chiaviche *(mus decumanus)* e dalla descrizione fatta dalla mia inferma del topo che l'ha morsicata, ho dovuto concludere che il topo morsicatore nel mio caso è proprio il topo delle chiaviche, come negli altri casi descritti in Italia. Ma anche così ristretta la causa etiologica, non possiamo spiegarci la estrema rarità della malattia presso di noi almeno. Qualcuno ha messo innanzi l'ipotesi che non tutti i topi morsicatori sono infetti e quel qualcuno infetto è riconosciuto ed evitato anche dai gatti. Qualche altro pensa all'importazione della malattia direttamente dal Giappone per mezzo di topi infetti come nella peste. Nel mio caso non credo che il topo di S. Maria a Vico fosse un topo giapponese. Che il topo sia abituale portatore di spirocheti è stato già dimostrato da parecchio tempo (Courmont e Durand). Io credo che per lo sviluppo della malattia bisogna tener conto dell'ambiente dove vive il topo (fogne, o sotterranei o solai o campi) e dove può infettarsi più o meno

facilmente, del terreno organico dell'individuo morsicato più o meno predisposto, e di altre circostanze occasionali favorevoli all'attecchimento dell'infezione. Nella mia ammalata la manovra del lavare e il continuo raffreddamento al quale fu esposto il dito morsicato, crearono certamente dei tessuti e nel sistema linfo-glandolare dell'arto ferito, condizioni speciali di ricettività verso il microbo infettante. Credo pure che i casi di Sodóku non sono in realtà tanto rari come appare dalla letteratura medica.

Essendo una malattia poco conosciuta e grandemente benigna presso di noi, sfugge all'osservatore la diagnosi esatta e molti casi nella pratica corrente passano per malaria, per infezione viscerale o altro. Così pure credo che non tutte le febbri di trincea descritte durante la guerra sono state vere febbri voliniche, e molte di esse erano forse veri casi di Sodóku dovuti ai morsi dell'enorme quantità di ratti che infestavano tutte le trincee.

Non ho potuto eseguire nel mio caso alcuno esame di laboratorio per l'assoluta riluttanza dell'inferma a concedere un poco di materiale perciò non posso confermare nè rigettare tutti i reperti degli altri osservatori, come la leucocitemia dell'Horder, l'eosinofilia del Frugoni, la infiltrazione parvicellulare di lobuli del tessuto adiposo e del derma del Martinotti. Nè ho riscontrato l'albuminuria osservata dal Perugia e dal Carchidio.

Lo sporozoo di Ogata (Sodókussporozoa, Rattengiftsporozoa, Sporozoa muris) descritto nel 1910 non ha trovato conferma nelle ricerche posteriori meno che in quelle del Piazza; e così pure lo *streptotrix* dello Schottmüller, e i telosporidii, i diplococchi, gli emosporidii descritti successivamente. Nel 1915 e nel 1917 gli osservatori Giapponesi Futaki, Takaki, Taniguchi e Osumi hanno trovato una spirocheta (*Spiroschaudinnia morsus muris*) nel sangue e in altri organi ammalati di Sodóku, che essi hanno potuto coltivare e inoculare in altri animali riproducendo la malattia. Questo reperto oggi è accettato dai più ed ormai il Sodóku si considera una spirochetosi.

Qualunque sia l'agente infettivo produce lesioni a carico dei tessuti molli, derma e ipoderma, e del sistema lifoglandulare della regione dove viene inoculato. Le lesioni che la mia inferma presentava erano solo a carico dell'apparecchio linfoglandulare del braccio destro, con infiltrazione accentuata e infiammazione dei tessuti molli del dito e della mano. Tutti gli altri organi apparentemente sani. L'aspetto delle lesioni era quello di una grave linfangioite. E in tutti i casi degli altri autori che tengo sott'occhio, si riscontrano le stesse lesioni dove più dove meno gravi; in alcuni casi si arresta ai linfatici più vicini, in altri a traverso i linfatici si arriva alla glandole più lontane. In alcuni casi più gravi sono state riscontrate flittene ed ulceri e vere adeniti senza mai suppurazione. La mia prima impressione quando osservai la mia ammalata fu proprio quella di una linfangioite con probabilità di degenerazione in flemmone settico. E credo che se i comuni batterii della suppurazione avessero infettato la lesione, il flemmone si sarebbe certamente avverato modificando (come forse nel caso di Dandolo) tutta la sintomatologia. Dalla infiammazione localizzata della regione morsicata si versavano ricorrentemente nel sangue tossine e microbi che producevano lo stato di setticemia ricorrente, vinto facilmente dai poteri naturali di difesa organica.

L'inferma ha presentato classicamente la sintomatologia del Sodóku come la descrivono i medici giapponesi, come è presentata negli altri casi degli osservatori italiani: morso di un topo, periodo di incubazione di 14 giorni, febbre ricorrente a intervalli più o meno irregolari, sintomi infiammatori a carico del sistema adeno-linfatico della regione morsicata e viciniori, eritema essudativo polimorfo più o meno generalizzato. Il periodo di incubazione secondo alcuni osservatori giapponesi può prolungarsi di molto, fino a sei anni! Ma abitualmente va da dieci a 35 giorni.

Divido i sintomi della mia inferma in due gruppi: Sintomi locali e sintomi generali in perfetta corrispondenza fra di loro. Ho notato durante tutta la lunga malattia che non si osservava accesso febbrile senza esacerbazione della sintomatologia locale, non si presentava alcuna esacerbazione dei sintomi locali senza la concomitante insorgenza dell'attacco febbrile. E come gli attacchi febbrili diminuivano di intensità, così diminuiva d'intensità la fenomenologia locale. Un'altra corrispondeza inversa notai pure tra i sintomi localizzati nella mano e braccio destro e l'eritema essudativo. Nei primi attacchi quando localmente si notavano gravi fatti infiammatori non notai l'eritema; quando invece i fatti infiammatori locali andarono diminuendo di intensità l'eritema andò aumentando le sue efflorescenze che poi scomparirono del tutto con l'esaurirsi dell'infezione.

I sintomi locali erano costituiti dall'infiammazione dei tessuti molli del dito e della mano destra, da strie e nodi di linfangioite, in-

gorgo delle stazioni glandolari viciniori e lontane, che dimostravano la via di propagazione del processo infettivo per via linfatica. Questi sintomi si esacerbavano con intervalli più o meno regolari durante i quali i fenomeni infiammatorii retrocedevano sempre più fino a cessare del tutto dopo un lungo elasso di tempo di circa tre mesi.

Sintomi generali erano: la febbre a tipo ricorrente e l'eritema polimorfo. L'attacco febbrile era preceduto da leggiero brivido, durava circa 48 ore, con leggiere remissioni matutine, cessava con profusi sudori. Durante la febbre nessun sintomo allarmante delle vere gravi setticemie. La corrispondenza perfetta tra febbre ed esacerbazione dei sintomi locali, mi dette la impressione che la febbre stessa era un altro esponente delle ricadute locali. Mi sembrava una febbre sintomatica che non destava allarmi così come tuttte le febbri sintomatiche di lesioni localizzate. Le sostanze pirogene si formavano certamente nel focolaio infetto come nel carbonchio, nel tetano, nella difterite e poi si versavano nel sangue. La peculiarità del caso era nella ricorrenza di questo versamento. La curva febbrile mostrò la massima altezza nel primo attacco (40°.5) e negli altri attacchi successivi raggiunse i 39°.7, 40°3, 40°.2, 39°.5, 39°.7, 39°.3, poi scese ai 38°.7 e negli attacchi seguenti scendendo gradatamente raggiunse la norma. Dal 14 maggio al 18 agosto ebbe in tutto 14 attacchi. I due primi a distanza di otto giorni, poi a distanza di cinque giorni, poi di tre giorni. Dopo il 7° attacco gli intervalli andarono aumentando di lunghezza; l'ultimo accesso l'ebbe a distanza di tredici giorni. Gli ultimi accessi superarono di poco i 37° per poche ore soltanto. L'eritema si presentò verso il terzo o quarto attacco febbrile. Sembrava un'eritema nodoso. Le chiazze rosse leggermente rilevate, indolenti, erano a forma di tanti noduli sparsi sulla pelle, quasi propagazione generale degli stessi noduli che nei primi attacchi erano limitati all'antibraccio ed al braccio destro. Anche l'eritema si presentava a *poussèe* durante gli attacchi febbrili, aumentando durante la febbre e affievolendosi durante i periodi apirettici, ma senza mai scomparire del tuttto. Ogni *poussèe* era preceduta da intenso prurito generale. La iniezione congiuntivale destra era un sintomo passeggiero che comparve solo durante gli attacchi febbrili più accentuati; non è da confondersi con l'esoftalmo da cellulite retrooculare descritto dal Frugoni.

Altri sintomi importanti l'ammalata non ha presentato. Cuore, polmone, apparecchio digerente sempre normali; organi ipocondriaci mai tumefatti. Reni bene funzionanti durante tutto il decorso della malattia. Nei casi gravi descritti specialmente dai Giapponesi si hanno pure tumore della milza e del fegato, nefrite acuta, ademi generali, coma.

La prognosi della mia ammalata è stata benigna come del resto pare che sia stata in tutti gli altri casi descritti in Italia ed in Europa. La malattia che si protrae per un tempo più o meno lungo è finita sempre in guarigione. Non sono così d'accordo i medici giapponesi. Infatti una statistica del Myake dà una mortalità del 10%. Anche questa differenza di prognosi forse dipenderà da condizioni speciali di ambiente, di clima, di virulenza del microbo, di resistenza organica contro quella speciale malattia.

Nei primi giorni feci la cura che propongono i medici Giapponesi: chinino, aspirina ed altri rimedii sintomatici.

Volevo tentare il Salvarsan usato per la prima volta nel 1912 da Hata nel Giappone su otto casi di Sodóku e poi usata dal Solly in Francia, e dal Bergamini, dal Martinotti, dal Piazza, dal Perugia e Carchidio in Italia; ma l'ammalata non volle assoggettarsi in alcun modo alle iniezioni endovenose. Non tentai neppure le iniezioni mercuriali usate dal Borelli nel 1917 nè l'atoxil usato dal Frugoni nel 1911, nè l'elettrargolo usato dallo Zannini nel 1913. In secondo tempo cioè dopo il quarto accesso febbrile iniziai una cura di iniezioni arsenicali sotto forma di cacodilato di soda in fialette da 5 centigrammi. In ultimo dopo il 7° attacco, propinai liquore arsenicale per os, essendosi l'ammalata rifiutata anche alle iniezioni ipodermiche. Non posso assolutamente affermare che quella cura abbastanza leggiera abbia influito sul processo morboso. Credo ben poca efficacia abbia esplicato; ad ogni modo o coincidenza fortuita o conseguenza della cura, è un fatto che dopo la cura arsenicale gli accessi febbrili si diradarono e diminuirono di intensità sino ad annullarsi del tutto dando una guarigione completa e duratura.

Tutti gli osservatori hanno trovato nel Sodóku una analogia con altre malattie. Molti tra i Giapponesi specialmente (Futaki, Takaki, Taniguchi, Osuni) ed anche Europei (Borelli, Croom, Bergamini, Martinotti, ecc.) hanno rassomigliata la malattia alla sifilide tenendo presenti le lesioni locali, ghiandolari, cutanee, ed il criterio terapeutico (grande giovamento col mercurio e col salvarsan). Altri (Frugoni, Cappellani, ecc.) l'avvicinano alla febbre ricorrente, alla febbre volinica, o febbre da trin-

cea, o febbre quintana (studiata come spirochetosi da Couvy e Dujarric de la Rivière), all'ittero emorragico che tutte sono prodotte da una speciale spirocheta e clinicamente sono caratterizzate da febbre a tipo ricorrente. Il Bergamini ha creduto trovare nel Sodóku una rassomiglianza con la rabbia, con Ciclo nel topo nel quale produrrebbe impulso al morso e facilità di trasmissione della malattia.

Tenendo presente il caso occorsomi e la sola sintomatologia clinica credo che il Sodóku abbia un quadro nosografico ben caratterizzato non paragonabile nè confondibile con quello di nessuna altra malattia pur presentando i caratteri della più tipica febbre ricorrente. La sua etiologia è unica, si avvicina solamente a quella dell'ittero emorragico che pare si trasmetta all'uomo anche per mezzo del topo, ma con la sua urina. Col tifo ricorrente a me sembra che interceda questa differenza: l'una è malattia a sintomatologia esclusivamente generale e veramente setticoemica senza alcun sintomo localizzato, l'altra è malattia con sintomatologia prevalentemente localizzata e sintomi generali ristretti alla sola febbre senza alcun altro sintomo negli organi interni ed ipocondriaci.

Concludendo:

Nella clinica privata ho avuto occasione di osservare clinicamente un caso di malattia che ho diagnosticato per Sodóku tenendo presente:

1° La sua etiologia (morso di un topo);

2° La sua sintomatologia clinica a forma ricorrente con sintomi locali e generali in perfetta corispondenza.

Il Sodóku secondo me ha una nosografia ben caratterizzata e distinta tenendo presenti a preferenza dei sintomi generali febbrili, i sintomi locali a tipo linfangiotico e l'eruzione a tipo nodoso, esacerbantisi ricorrentemente.

Santa Maria a Vico (Caserta).

BIBLIOGRAFIA.

FRUGONI. *Riforma medica*, 1911.
O'CALLOR. Roy. Acad. Of. Med. in Ireland, 1911.
CASTELLANI e CHALMERS. *Tropical medecine.*
PIAZZA. *Morgagni*, 1912.
HATA. *Münch. Med. Woch.*, 1912.
GOUGET. *Presse médicale*, 1912.
FRUGONI. *Rivista critica di clin. medica*, 1913.
SCHOTTMÜLLER. *Dermat. Woch.*, 1914.
BRAILLON et PERDU. *Presse médicale*, 1914.
PERUGIA e CARCHIDIO. *Riforma medica*, 1915.
DANDOLO. *Policlinico*, 1915.
FIEVEZ. *Paris médical*, 1916.
FUTAKI, TAKAKI, ecc. *Journal of exp. med.*, 1916-1917.
ZANNINI. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1914.
MARTINOTTI. *Giornale Italiano delle Malattie veneree e della pelle*, 1917.
COURMONT e DURAND. *Paris médical*, 1917.
COUVY e DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. *C. R. Soc. De Biol.*, 1918.
BORELLI. *Policlinico*, 1918.
BERGAMINI. *Policlinico*, 1919.
SOILY. *Lancet*, 1919.
MOLINARI. *Riforma medica*, 1917.
MANTOVANI e STRETTI. *Policlinico*, 1921.

COMMENTI.

Autosieroterapia nella tubercolosi polmonare.

Con questo titolo, nell'anno 1910, comunicavo all'Accademia di Scienze Mediche e Naturali di Ferrara, una breve memoria, nella quale rendevo noti i risultati ottenuti — in pochi casi di tubercolosi polmonare in stadio avanzato — con un metodo di cura consistente in iniezioni di siero, ottenuto per mezzo dell'applicazione di vescicanti, sullo stesso ammalato.

La tecnica usata era questa: applicavo — nella regione superiore del torace — un quadretto vessicatorio di circa 2 cm², sorvegliando d'ora in ora la formazione della vesciva: appena formata, ne asportavo il contenuto con una siringa previamente sterilizzata e lo iniettavo — mutato l'ago — sotto la cute della regione inferiore dell'addome.

Scopo della mia pubblicazione — poichè l'esiguo numero dei malati sottoposti al trattamento e la loro gravità non mi permettevano di trarre conclusioni attendibili — era di dimostrare la completa innocuità del metodo; sicchè potesse servire di eccitamento ad indagini più vaste e forse seguite da risultati soddisfacenti.

Ho letto quindi con vero compiacimento nel *Policlinico* (Sezione pratica, fasc. 18), la nota preventiva dei dottori L. Bottarin e D. Magro, che preannuncia la pubblicazione di ottimi risultati ottenuti da qualche anno — nel Reparto specializzato per le malattie di petto — con il metodo di cura da me descritto, in forme lievi di tubercolosi polmonari e sierose. Epperò non ho potuto rattenere lo stupore nel constatare che il mio metodo ha cambiato nome e paternità.

L'*autosieroterapia*, in omaggio ai principii della scuola morfologica del De Giovanni, è divenuta *linfoterapia* (anche in scienza, mi pare che si attraversi un periodo di monopoli) e la nuova paternità è stata assunta dal prof. Zaniboni dell'Ospedale Civile di Padova.

Certamente il prof. Zaniboni ed i suoi assistenti non sono a conoscenza della mia pubbli-

cazione; se però avessero scorso con qualche attenzione la letteratura sull'argomento, nei maggiori giornali scientifici che accolgono i resoconti delle varie accademie, avrebbero trovato un sommario della mia memoria.

Mi preme intanto di rendere di pubblica ragione:

1° Che l'Autosieroterapia nella tubercolosi polmonare è stata applicata per la prima volta da me — circa 14 anni fa — e che da quell'epoca non ho cessato di usarla nella mia pratica privata;

2° Che la tecnica del metodo che ha preso il nome del prof. Zaniboni è perfettamente simile alla mia.

Unicuique suum.

Dott. GIUSEPPE FERRARI
Medico condotto in Ferrara.

SUNTI E RASSEGNE.

SIFILOGRAFIA.

Cura della sifilide congenita e materna.

(JOHN A. FORDYCE e ISADORE ROSEN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, gennaio 1922).

Gli autori ritengono che la cura iniziata precocemente, durante la gravidanza, sia in grado tanto di prevenire gli aborti e i parti prematuri che di assicurare la nascita di figli sani, non sifilitici. Dobbiamo d'altronde aspettarci ben poco allorchè il trattamento viene differito fino alle ultime settimane di gravidanza.

Nella cura delle gravide sifilitiche gli autori sogliono praticare da sei a otto iniezioni di salvarsan o di neosalvarsan alle dosi rispettivamente da gr. 0.30 a 0.40 e da gr. 0.45 a 0.60, a intervalli settimanali e accompagnate da iniezioni di salicilato di mercurio o di calomelano (gr. 0.06) settimanali, in numero da dieci a dodici. Questo piano di cura viene continuato interrottamente durante tutta la gravidanza e i risultati pel neonato, nella maggioranza dei casi, sono molto soddisfacenti.

Gli AA. accennano alla possibilità che madri con Wassermann positiva diano alla luce figli con reazione di Wassermann negativa e sani in apparenza: essi ritengono che la migliore spiegazione del fatto sia data dalle teorie dell'immunità. Non credono, in assenza di altri dati, poter annettere molta importanza alla reazione del sangue alla nascita. Rammentano a tal proposito le variazioni cui la sieroreazione può andar soggetta nella sifilide congenita in primo tempo: in alcuni casi di eredosifilide osservati personalmente, la r. W., + + + + alla nascita, diveniva dieci giorni dopo negativa e poi di nuovo positiva dopo una o due settimane.

Statistiche tratte da 140 casi di bambini più volte negativi agli esami clinici e sierologici ma nati da madri con r. W. fortemente positive, apportano i seguenti dati:

La r. W. dal sangue del cordone ombelicale praticata su 22 bambini più piccoli, dà esito positivo in 19. La r. W. alla data del ricovero, e ripetuta più volte dopo, risulta negativa in tutti i 140 bambini. 19 padri ammettono la sifilide: viene negata da uno o da entrambi i genitori in 121 casi. L'età dell'infezione, quando ammessa, oscilla dai 3 ai 16 anni. La r. W. potè praticarsi soltanto su 66 padri: fra questi positiva in 36, è negativa in 30: di questi ultimi 5 si erano curati. La r. W. è positiva in tutte le madri. 43 di queste hanno avuto aborti o nascite di feti morti: 97 non hanno dati anamnestici del genere. Fra quelle con altra prole, 64 hanno altri figli con reazioni negative; 5 hanno altri figli sifilitici e 11 hanno figli tanto sani che sifilitici. 48 di queste donne non sono state curate durante la gravidanza: 25 si sono curate soltanto per bocca: 61 hanno avuto cure parziali con arsenobenzoli e mercurio: soltanto 6 sono state curate a lungo.

I bambini con r. W. negativa nati da genitori con r. W. positiva vanno tenuti in osservazione per parecchi anni.

Gli autori non credono che gli ammalati affetti da sifilide del sistema nervoso trasmettano la sifilide con più facilità di quelli in cui il sistema nervoso è risparmiato.

Per la questione del matrimonio di individui che contrassero la sifilide il permesso di coniugarsi dovrà essere subordinato alle seguenti condizioni: una cura energica in precedenza: assenza di manifestazioni cliniche di sorta: negatività per due anni delle reazioni praticate sul sangue e sul liquido c. r.

Quanto al metodo di cura degli eredoluetici, gli autori giudicano della bontà di quello da loro usato basandosi sia sulla rapidità della scomparsa di ogni sintomo clinico che sul miglioramento delle condizioni generali e sulla riduzione in negativa della r. W. La cura consiste in iniezioni sistematiche endomuscolari di neosalvarsan e di calomelano. Al principio, in bambini da 3 a 8 settimane somministrano a intervalli settimanali gr. 0.075 di neosalvarsan, poscia gr. 0.1 da 2 a 6 mesi; gr. 0.15 da 6 mesi a 1 anno, e da gr. 0.15 a 0.20 da

1 a 2 anni, in serie di 6 iniezioni seguite da un periodo di riposo dalle 4 alle 6 settimane. Al termine di questo praticano nuovamente dalle 6 alle 8 iniezioni, cominciando con dosi di gr. 0.1 per bambini di età dalle 2 alle 12 settimane, gr. 0.15 dai 3 ai 9 mesi, gr. 0,2 da 1 a 2 anni, e da gr. 0.25 a 0.30 per bambini di 3 anni di età. Le iniezioni di calomelano vengono praticate in numero da 10 a 12 per serie, settimanalmente, e alle dosi di gr. 0.006 da 2 settimane a 6 mesi di età, gr. 0.0075 da 6 mesi a 1 anno, gr. 0.0085 da 1 a 2 anni, gr. 0.012 da 2 a 3 anni, e gr. 0.015 oltre i tre anni.

Il trattamento sarà naturalmente individuale, prolungando eventualmente gli intervalli tra una serie e l'altra o modificandone le dosi.

Esame costante delle urine prima di iniziare e durante la cura.

Gli AA. praticano due serie di iniezioni per ciascuno dei due medicamenti, senza riguardo alla r. W. negativa, e possibilmente una terza serie di mercurio. Nei soggetti molto deboli, prima di somministrare il neosalvarsan, sogliono iniziare la cura con il mercurio. In genere la tolleranza a questo metodo di cura fu sempre buona.

In 88 bambini, tutti con r. W. positiva e con affezioni cutanee e viscerali diverse, l'effetto della cura si manifestò prontamente su tutte le lesioni visibili.

Sierologicamente il comportamento della r. W. fu negativo in 14, mentre in 20 rimase positivo completo. Fra questi ultimi la reazione, divenuta negativa, si era fatta nuovamente positiva per mancata continuità nel trattamento. Nei rimanenti la r. W. non venne praticata al principio della cura.

Gli autori, concludendo, vogliono rilevare quanto segue:

1° A ogni madre ricoverata dovrebbe essere praticata una r. W.;

2° I risultati della cura durante la gravidanza di una madre sifilitica si manifestano indubbiamente colla nascita di un bambino in buona salute;

3° Ogni bambino nato da madre o padre sifilitici dovrebbe essere sottoposto alla nascita alla r. W.: questa ripetuta due settimane più tardi e poi periodicamente ogni quattro settimane, per sei mesi; poscia ogni tre mesi fino al 2° anno di età. Se la W. si mantiene costantemente negativa senza comparsa di manifestazioni cliniche, il bambino potrà considerarsi con ogni probabilità sfuggito all'infezione;

4° Un certo numero di bambini nati da madri con reazioni fortemente positive danno una W. positiva col sangue del cordone ombelicale, mentre tutte le reazioni successive risultano negative e manca quasiasi segno clinico dell'infezione. Ciononostante dovranno essere tenuti in osservazione per almeno due anni;

5° Può aversi il caso che un bambino con sintomi di sifilide in attività dia reperti sierologici negativi (per solito temporanei). In casi simili la diagnosi clinica avrà sempre la precedenza su quella di laboratorio e dovrà essere istituita la cura specifica;

6° Col metodo di cura suesposto dell'eredosifilide, non soltanto gli autori hanno ottenuto buoni risultati clinici, ma è stato altresì possibile, iniziando la cura nei primi mesi, ridurre la r. W. da + + + + negativa in circa un terzo dei casi.

M. AGOSTINI.

Studii sul trattamento precoce della sifilide congenita.

(THURMAN B. GIVAN. *New York State Journ. of Medicine*, marzo 1922).

Dalle statistiche che noi possediamo sulla sifilide congenita appare chiaramente l'importanza grandissima di ridurre le percentuali della mortalità e morbilità infantile per tale malattia.

In questo scritto preliminare riguardante risultati tratti da un periodo di due anni, l'A. riferisce su due ricche serie di casi e sulla loro cura.

In ambedue le serie l'età dei soggetti non supera i 3 anni. La prima riguarda 15 eredoluetici le cui madri non ebbero cura alcuna durante la gravidanza. La seconda comprende lo studio di 27 eredoluetici le cui madri furono invece tutte curate durante la gravidanza.

Nella prima richiamano l'attenzione i seguenti fatti: 1) solo 2 dei figli ricevettero cure dopo la nascita per mezzo del latte materno; 2) 12 su 14 presentarono stigmate di eredosifilide dopo cure di durata da 1 a 24 mesi. La r. W. divenne negativa soltanto in 4 casi; 3) si ebbero tre morti.

Nella seconda notiamo i seguenti fatti: 1) 14 dei figli ebbero cure dopo la nascita per mezzo delle loro madri; 2) dei 27 bambini soltanto 6 presentarono stigmate. Queste consistettero per 5 in nascite premature e per il 6° in sintomi di altro genere scomparsi rapidamente durante la cura; 3) la r. W. fu negativa in 20, nei rimanenti non praticata; 4) 15 dei bambini furono curati, 12 non fecero cura al-

cuna; 5) 2 casi di morte, l'uno al 3° giorno per nascita prematura, l'altro a 2 mesi in seguito a polmonite.

La mortalità fu dunque diversa: maggiore nella prima serie (20 per cento), più bassa nella seconda (7.4 per cento). Nella prima nessuna cura delle madri prima del parto, cure parziali soltanto in 2 dopo: nella seconda cure in ognuna prima del parto ed in 14 anche dopo.

Il trattamento viene distinto dall'autore in: 1) materno durante la gravidanza (prenatale); 2) filiale (postnatale). Il 1°, basato essenzialmente sul mercurio e gli arsenobenzoli, viene proseguito in modo intensivo durante tutta la gestazione. L'importanza di esso è rilevata dal fatto che nella gran maggioranza dei casi i bambini con stigmate di eredosifilide da madri nnn curate o solo in modo insufficiente. Il 2° viene a sua volta distinto in due gruppi:

Gruppo A. — Figli senza stigmate nati da madri curate durante la gravidanza;

a) cura della madre;

b) nutrizione al seno;

c) mercurio in una o nell'altra forma.

1. Polveri grigie (1) gr. 0.06 giornalmente;

2. Frizioni quotidiane di unguento mercuriale 50 % gr. 0,90 da continuarsi per tre mesi di seguito o fino a che non appaiano sintomi d'intolleranza intestinale;

3. Attesa di due settimane e quindi r. W.: se questa risulta negativa continuare come sopra la somministrazione del mercurio e ripetere la r. W. a 6 mesi;

4. Se questa si mantiene negativa continuare le frizioni per il rimanente del primo anno con intervalli di riposo di due settimane;

5. Mantenendosi negativa la r. W. e in assenza di sintomi clinici, sorvegliare ancora il paziente per un periodo di anni.

6. Nel caso inceve che la r. W. divenga positiva o si abbia l'insorgenza di stigmate, intraprendere la cura come nel seguente:

Gruppo B. — Fgli con stigmate di eredolue o con r. W. positiva nati da madri non curate durante la gravidanza o in modo insufficiente:

a) cura postnatale attraverso la madre;

b) nutrizione al seno;

c) mercurio.

1. Frizioni quotidiane di unguento mercuriale al 50 % gr. 1,20 insieme con polveri grigie gr. 0,06,-0,18 al giorno;

(1) Le polveri grigie (*Hydrargyrum cum creta*) sono composte di mercurio metallico e creta: Hg p. 1, creta p. 2. *N. d. r.*

2. Ossicianuro di mercurio in soluzione acquosa all'1 % (con aggiunta di un anestetico locale 1/2-1 %) per via intramuscolare o endovenosa, una o due volte alla settimana, cominciando da 1/2 cc. e aumentando progressivamente fino a 1 ½ cc. o più. Durante queste iniezioni sospendere le polveri grigie pur continuando le frizioni.

3. Continuare tale cura per 2 anni interrompendola con periodi di riposo da due settimane a 1 mese.

d) Quanto al neosalvarsan esso sarà somministrato in serie di 12 iniezioni a intervalli almeno settimanali. L'A. usa all'inizio la dose di gr. 0,09. Nei bambini nati da parto prematuro o molto denutriti suole però ridurla a 1 cgr. per chilo di peso. La dose potrà poi essere aumentata gradatamente fino a gr. 0.30. Per l'iniezione si sceglierà una vena della regione temporale o della piega del gomito o la giugulare esterna oppure il seno longitudinale, come l'A. è solito allorchè non è possibile altra via venosa, coll'osservanza delle dovute cautele.

Ultimata la serie di iniezioni di neosalv., qualora la r. W. sia negativa e non vi siano stigmate, si interromperà la cura per 2 mesi, poscia, in assenza di sintomi, si continuerà come nel gruppo A. Se invece la r. W. risulterà positiva o vi saranno stigmate, si inizierà di nuovo la cura in unione al mercurio, dopo un'interruzione di 3-4 settimane, continuandola fino a poter rientrare nel gruppo A.

I pazienti hanno tutti in genere avuto buona tolleranza pel neosalv., salvo dolore locale piuttosto accentuato nelle prime ore seguenti alle iniezioni endomuscolari. Prima di iniziare la somministrazione l'A. pratica generalmente una prima iniezione endomuscolare di ossicianuro di mercurio.

Il trattamento precoce dell'eredosifilide vale certamente a prevenire quelle affezioni che spesso sogliono comparire nella sifilide ereditaria tardiva, quali la cheratite interstiziale, le alterazioni del n. acustico e delle ossa e la sfilide cerebro-spinale.

Che cosa deve concludersi per giudicare quando la cura praticata potrà ritenersi definitiva? Per rispondere a ciò bisognerà seguire una numerosa serie di casi per un numero di anni, poichè, essendo i sintomi di questa malattia così proteiformi e rivestendo bene spesso carattere di latenza, non possiamo ogni volta essere sicuri che essa non avrà a manifestarsi anche in un'epoca più tarda, quale, p. es., la pubertà.

M. AGOSTINI

TISIOLOGIA.

La diffusione nel riassorbimento dei gas nel pneumotorace.

(RIST e STROHL. *La Presse Médicale*, 25 gennaio 1922).

Molto discordi sono ancor oggi le opinioni che tentano spiegare perchè si mantengano a contatto le due superfici pleuriche. La vecchia espressione di *vuoto pleurico* applicata alla cavità virtuale compresa tra i due foglietti della sierosa è profondamente scorretta, tanto è vero che mentre alcuni fisiologi intendono che non v'è uno spazio libero tra il polmone e la parete toracica, altri considerano questo vuoto come una forza eguale ma in senso contrario all'elasticità polmonare. Altri ritengono che la forza che mantiene i foglietti a contatto è l'adesione molecolare, ipotesi questa che ad una critica serrata non regge in quanto che considera i foglietti pleurici come membrane elastiche ma impermeabili ai gas. Oggi è di dominio comune che le pareti della cavità pleurica si lasciano traversare più o meno facilmente dai gas. E allora come può persistere e mantenersi l'accollamento dei due foglietti?

Lo studio di come si effettua il riassorbimento d'un pneumotorace artificiale ci può dare la risposta al quesito. Le ricerche dei vari autori e quelle recenti di Rist e Strohl concordano nella dimostrazione che se in casi di pneumotorace chiuso asettico si fa l'analisi dei vari gas intrapleurici, dopo un certo tempo si trova un miscuglio di gas la cui composizione media è sempre la medesima, qualunque sia il gas, azoto, ossigeno, acido carbonico, aria atmosferica, introdotto primitivamente nella pleura.

La composizione che poi rimane invariata sino alla completa scomparsa del gas è la seguente: CO^2 6 % — O 6 % — N 88 %. Da queste percentuali si rileva subito che quella dell'azoto è superiore a quella dell'N stesso nell'aria atmosferica ove esso è del 79 %, e questo paradosso che ha messo nell'imbarazzo non pochi autori può essere spiegato dalle stesse leggi sul riassorbimento dei gas, della fisica generale:

1° La velocità di diffusione di un gas attraverso la pleura è proporzionale alla differenza delle tensioni di questo gas dalle due parti della parete;

2° Gas differenti traversano la stessa membrana con velocità diverse;

3° Per ogni gas la quantità che traversa la membrana dipende da un coefficiente specifico di diffusione della membrana.

Qualunque siano le proporzioni iniziali del miscuglio di gas introdotto nella pleura, esso tende sempre verso una composizione limite ben definita da una relazione molto semplice.

Se a, b, c sono le tensioni dell'O, CO^2 e N fuori la pleura, l, m. r i coefficienti di diffusione dei gas, e P, U, V le tensioni parziali nell'interno del pneumotorace, avremo:

$$l \frac{P-a}{P} = m \frac{U-b}{U} = r \frac{V-c}{V}$$

Orbene, in tutto l'organismo, sia nel sangue, nella linfa, che nei tessuti, la somma delle pressioni parziali dell'O, CO^2 e N, che si possono calcolare al 90 %, sono sempre inferiori alla pressione atmosferica.

Quando i gas hanno raggiunto il loro valore costante, ognuno possiede nell'interno del pneumotorace una tensione parziale maggiore all'interno che all'esterno, e quindi deve diffondersi verso l'esterno, cioè riassorbirsi. V'è dunque nel pneumotorace non uno *stato di equilibrio*, ma un *regime permanente* di diffusione, durante il quale la quantità di ogni gas che esce è una stessa frazione della quantità presente, sì che non viene modificata la composizione del miscuglio Dai rapporti su citati è facile calcolare la tensione dell'O e del CO^2 nell'organismo.

La differenza tra la pressione atmosferica e la somma delle tensioni parziali dei tre gas nell'organismo indica a quale pressione negativa dovrebbe discendere la pressione intrapleurica perchè nei profondi atti respiratori fosse possibile la formazione di un pneumotorace fisiologico. Nella pleura dovrebbe diminuire la pressione di circa 97 cm. d'acqua sotto la pressione atmosferica, mentre nelle più grandi inspirazioni forzate non scende oltre i 60 cm. di acqua.

Gli scambi gassosi avvengono molto verosimilmente in corrispondenza dei capillari, adatti ad una tale funzione. Osservando il decorso complessivo del riassorbimento di una certa quantità di N introdotta nella pleura, si nota che la fase di riassorbimento è preceduta da una breve fase di aumento del gas contenuto nel cavo; fatto dovuto alla grande rapidità di diffusione del CO^2 il quale entra nella pleura in quantità maggiore di quello che non esca nello stesso tempo l'N.

La quantità massima del pneumotorace si ha dopo circa 1/100 della durata totale di riassorbimento, cioè per una quantità di 600 cc. di N, circa 2h-2h ½.

Questo fenomeno facilmente passa inosservato, poichè viene mascherato dall'ingrandimento dello spazio intrapleurale, dato dalla

facile deformazione delle pareti e dallo scollamento progressivo delle sierose.

Con queste considerazioni concordano quei casi di pneumotorace artificiale, con comparsa di dispnea, senso d'angoscia, tachicardia, poco tempo dopo, o qualche ora dopo che l'iniezione era stata bene sopportata.

La rapidità di riassorbimento dell'aria atmosferica è uguale a 9/10 di quella dell'N puro, quella dell'O è di 5/10, mentre quella del CO^2 è di 1/150 di quella dell'N.

Queste deduzioni teoriche sono confermate dalla esperienza. Così, mentre 2 litri di aria impiegato circa 10 giorni per esser riassorbiti, la stessa quantità di O impiega 2-3 giorni, e l'CO^2 una mezz'ora.

La teoria della diffusione ci dimostra naturali e necessari dei fatti che ad alcuni autori sono parsi parardossali e contrari ai principî fisici, e può spiegare alcuni incidenti che talora si osservano nella pratica del pneumotorace artificiale. Dott. T. DE SANCTIS.

Gli antigeni parziali di Deycke e Much nella terapia della tubercolosi.

(A. NAVARRO BLASCO. *La Medicina Ibera*, 1921).

I portatori di lesioni tubercolari in attività non rimangono passivi di fronte agli attacchi del bacillo di Koch, ma reagiscono elaborando dei fermenti specifici verso una o più delle sostanze antigeniche bacillari, in quantità maggiore o minore, con rapidità o lentamente; d'ordinario però gli sforzi spontanei difensivi risultano insufficienti e la malattia prosegue nel suo fatale andare.

È perciò che il virus tubercolare sarebbe costituito secondo la dottrina di Deycke-Much da vari antigeni e ciascun antigeno, chimicamente differenziato, sarebbe capace di stimolare la formazione del corrispondente anticorpo. Ne consegue che per domare l'infezione tubercolare e conseguire un alto grado di immunità, necessita per l'organismo la creazione di tante varietà di anticorpi quante sono le classi di antigeni che lo infettano: la somma di essi costituisce la vera difesa in ciascun caso.

Il fine che si propone il trattamento della tubercolosi con gli antigeni parziali di Deyke-Much, è la immunizzazione attiva del malato con l'uso, secondo le deficienze difensive specifiche osservate nei singoli soggetti, di quell'antigeno capace di eccitare la formazione di quegli anticorpi la cui scarsezza o assenza rivela l'attività del processo tubercolare.

Deycke e Much sottoponendo i corpi bacillari all'azione dell'acido lattico diluito al 0,5 per cento, ottennero due sostanze: una solubile in acqua, L o M. Tb. L. (filtrato) ed una altra insolubile (residuo) R. o M. Tb. R. Trattando il residuo con alcool, etere, ecc. si separano tre sostanze: acidi grassi (F), grassi neutri (N), albumine (A).

Si capisce quindi che il problema principale da risolvere in ciascun caso, prima di iniziare il trattamento, è la determinazione della capacità reattiva dell'organismo verso i diversi antigeni, e conosciuta la classe di anticorpi specifici spontaneamente creati da un malato, stimolare la produzione di quelli che mancano o sono esigui per i bisogni difensivi individuali. Tali ricerche si fanno praticando 4 iniezioni intracutanee con ciascuno degli antigeni parziali A, F, N, in concentrazioni varie. Con tali analisi potremo conoscere la specie di anticorpi formati (*reazione qualitativa*), la proporzione in cui li fabbrica l'organismo (*reazione quantitativa*) e l'*indice di intensità reazionale* del soggetto.

Much conosciuta in tal modo la capacità reattiva del soggetto, cominciava il trattamento con un decimo di centimetro cubo della soluzione dieci volte più debole di quella che produceva la reazione minore: le iniezioni erano quotidiane e la dose era volta per volta aumentata della metà se le condizioni dell'infermo lo permettevano. Sospeso il trattamento poi per 3-4 settimane e praticata di nuovo l'analisi dell'immunità per via intradermica, rinnovava la somministrazione degli antigeni parziali, in armonia sempre con gli ultimi valori reazionali ottenuti.

Loewenhardt dice che impiegando così gli antigeni parziali, possono raggiungersi in ogni momento dosi veramente utili: il numero delle iniezioni, secondo questo A., varia molto, sebbene debba tendersi a raggiungere le più alte concentrazioni.

Vari autori hanno abbandonato la pratica di calcolare la dose terapeutica iniziale secondo il risultato del quadro reattivo presentato, poichè in alcuni infermi trattati in tal modo furono osservate violenti reazioni generali, locali e febbrili, fenomeni questi da attribuirsi al fatto che le quantità di prodotti bacillari somministrati erano molto alte per tali soggetti. Inoltre è cosa più utile la somministrazione simultanea dei tre antigeni parziali poichè si è visto che quando in determinati infermi si tralascia la somministrazione di qualcuna delle sostanze antigeniche bacillari, per indicare la formula reattiva del momento nel quale l'organismo fabbrica il cor-

rispondente anticorpo nella misura necessaria, la formazione di questo peggiora con l'andare del tempo in tali termini da obbligare ad eccitare la sua produzione. Secondo Müller dunque gli antigeni parziali A, F, N, danno minori risultati terapeutici della M. Tb. R.

Secondo Schulte-Tigges quando, durante la cura, la temperatura ascende e tarda a tornare alla cifra normale, ovvero quando compaiono e persistono tachicardia, diminuzione di peso, tosse, espettorazione, ecc., bisogna supporre che è stata somministrata la dose massima tollerabile e che si impone la sospensione della cura almeno per 1-2 settimane. Consiglia perciò di procedere con molta cautela nei casi gravi, specie nelle prime dosi.

Anche Schulte-Tigges afferma che in prima linea deve porsi lo studio della reattività agli antigeni parziali prima di iniziare la cura: così di fronte a soggetti nei quali tutte le reazioni sono intensamente positive, conviene tralasciare la cura specifica, poichè esse rivelano che le difese organiche entrarono già in piena azione e la somministrazione di antigeni in questo stesso momento potrebbe sviare la marcia difensiva, con evidente pericolo pel paziente. Se questo però migliora clinicamente e diminuisce la intensità delle reazioni, un prudente trattamento con antigeni parziali può essere di grande utilità. La terapia in parola è invece chiaramente indicata negli infermi nei quali l'ultima analisi intradermica rivela una discesa dei valori reazionali relativamente ai precedenti, al fine di ottenere una immunità dinamica positiva. Al contrario in quei casi la cui gravità clinica è manifesta e nei quali la determinazione dello stato delle difese specifiche, con le prove intracutanee, ci mostra la mancanza di ogni reazione agli antigeni parziali, è formalmente controindicata la terapia specifica.

Secondo K. Klare, il trattamento con la M. Tb. R. oltre ad armonizzare perfettamente con la dottrina di Deycke-Much, risulta più semplice e completa dell'uso isolato degli antigeni parziali. Secondo questo A., il prodotto conosciuto come M. Tb. R. contiene gli antigeni parziali A, F, N, nella proporzione approssimativa di 8-3-1; consiglia di iniziare la cura con un decimo di centimetro cubo della soluzione più debole, facendo dipendere la dose massima dallo stato clinico di ciascun paziente. Nei casi in cui il processo è poco avanzato può farsi il trattamento ambulatorio iniettando due volte per settimana. Se esistono lesioni gravi occorre che i pazienti stiano in riposo, strettamente osservati e le iniezioni si faranno ogni 6-28 giorni.

Deycke e Alstaedt dicono che la cura con antigeni parziali deve seguire le norme di tutte le vaccinoterapie, consistente, come si sa, nel raggiungere i confini delle reazioni intense, evitandole: e queste reazioni sono: il graduale aumento della temperatura, la recrudescenza di alcuni sintomi e dei segni fisici locali, la formazione di infiltrati e pustole nel luogo dell'iniezione, ecc. Attribuiscono grande importanza alla reazione locale indicante, secondo essi, in modo sicuro, come succede disgraziatamente nella maggior parte dei casi, l'obbligo della sospensione della cura.

Passando alla casistica vediamo che Liebe non segnala guarigioni nei propri malati trattati col metodo di Deyche-Much, ma miglioramenti nel 60 % dei casi.

Gabbe osservò dopo l'impiego degli antigeni parziali, frequenti reazioni locali senza poter apprezzare fenomeni favorevoli nei 60 casi trattati.

Bürger e Möllers dicono che i risultati conseguiti furono tanto più brillanti, quanto meno parziali erano gli antigeni impiegati.

L'Altstaedt ha trattato con M. Tb. R. casi di tubercolosi renale e di tubercolosi peritoneale, la maggior parte con localizzazioni polmonari. Negli infermi del primo gruppo ebbe guarigioni complete nel 56.25 % dei casi, miglioramento nel 31.25 %; riferisce che spesso alla fine del trattamento dopo alte dosi sopravvennero emorragie, reazioni locali, generali, febbrili, cessate le quali si poteva apprezzare il notevole miglioramento; la febbre specialmente è beneficiata dalla M. Tb. R. Di 6 tubercolosi peritoneali essudative e 5 adesive, otto guarirono, due migliorarono, una restò stazionaria. Anche in questi individui le alte dosi portano a reazioni che però, a differenza di quelle comparenti nella tubercolosi renale, sono pericolose per i pazienti.

Jacob e Bleckschmidt hanno con gli antigeni parziali curato 156 casi (146 polmonari, 10 ganglionari): essi ottennero risultati favorevoli nel 50 % degli infermi: però per confessione stessa degli AA. la cura di riposo ed alimentazione avrebbe modificato nello stesso senso i casi esaminati.

Tuszewski usò la M. Tb. R. in 27 casi e non ebbe a constatare risultati apprezzabili.

Ladwig, basando la sua esperienza del trattamento della tubercolosi chirurgica col prodotto di Deycke-Much, sostiene che questo è un valido ausilio della chirurgia: gli antigeni parziali risultarono superiori alle irradiazio-

ni con sole artificiale specie nelle tubercolosi peritoneali.

F. Klemperer afferma di non rilevare alcun vantaggio degli antigeni parziali sopra la tubercolina.

Schulte-Tigges afferma che la terapia di Deycke-Much ha molte volte anche in casi gravi, benefica influenza sullo stato generale, sul peso, sulle lesioni del polmone, sulla febbre (d'accordo in ciò con Röemer, Berger, Fischel e Brecke).

Deycke e Alstaedt, sperimentando in 637 infermi con diverse localizzazioni e forme di tubercolosi, dichiarano di aver ottenuto risultati tanto più favorevoli quanto meno avanzato era il processo.

Di 192 casi di tubercolosi polmonare al 1° stadio (classificazione di Turban-Gerhard) ebbero risultati favorevoli nel 94 %. Di 91 casi appartenenti al 2° periodo la marcia del processo si modificò favorevolmente nell'84 %.

Furono anche trattaii 236 infermi con lesioni di 3° grado: in 156 si ebbero risultati positivi immediati e duraturi in 28 di 83 pazienti dei quali l'osservazione fu protratta cioè nel 34 % dei casi.

Controindicazione assoluta sono secondo tali AA. la tubercolosi meningea e miliare ed intestinale. La tubercolosi laringea è molto difficile a modificarsi favorevolmente: in 4 *lupus* tubercolari ebbero una guarigione; 7 guarigioni in 24 tubercolosi ossee o articolari, 8 guariti; in 17 tubercolosi urogenitali 5 guarigioni, 7 guariti di 9 tubercolosi peritoneali, 11 di 15 pleuriti tubercolari essudative.

Schmidt usando la M. Tb. R. in tubercolosi chirurgiche, ottenne buoni risultati specie in casi nei quali altre terapie avevano sortito esito sfavorevole.

Secondo Klare ogni forma di tubercolosi, eccettuate le forme acute ed intestinali, possono beneficiarsi della terapia di Deycke e Much, avendo però, come ben si comprende, maggiori probabilità di riuscita i casi poco avanzati e benigni.

Esposti questi dati l'A. dell'articolo comunica che sta esperimentando tale terapia negli infermi del dispensario Antitubercolare di Madrid: rende noto che per il trattamento sceglie soggetti il cui stato di nutrizione non è molto scaduto, elimina i soggetti con più di 120 pulsazione al minuto, elimina i pazienti con temperature superiori a 38°, e quelli incapaci di ogni reazione difensiva. L'A. espone minutamente la tecnica impiegata notando che per saggiare un organismo esegue 4 serie di intradermoreazioni per ciascuno degli antigeni (analisi dell'immunità), esegue due cutireazioni, una con tubercolina antica (A. T.) e l'altra con emulsioni bacillari (E. B.) mentre nel sangue ricerca la deviazione del complemento separatamente con gli antigeni parziali A. F. N. Poi inizia il trattamento con la M. Tb. R. in dosi crescenti con una iniezione ogni tre giorni. Per ora comunica di non aver constatato mai reazioni sfavorevoli, che nella maggior parte dei pazienti è sorprendente l'aumento rapido del peso, in molti la remissione di alcuni sintomi, specie della febbre, in tutti il miglioramento dell'appetito e si riserva di render noti i risultati definitivi allorchè il numero dei casi osservati sarà divenuto cospicuo.

MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Atti della XVIII Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia (15-17 dicembre 1921). — Milano, Cooperativa grafica degli Operai, 1922, p. XII-750.

Con lodevole rapidità, a soli cinque mesi di distanza dal XVIII Congresso della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, sono stati pubblicati gli atti relativi in un magnifico volume edito a cura del *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.*

La parte più interessante è costituita dalle due relazioni sul tema ufficiale: *Terapia precoce abortiva della sifilide,* fatte per incarico della presidenza dai soci L. Martinotti ed A. Mibelli i quali esaurirono in modo magistrale il compito loro affidato.

Com'era da prevedere, l'argomento dette luogo ad una lunga e vivace discussione, anche in merito ai nuovissimi preparati proposti per la cura delle sifilide (neo-jacol-silbersalvarsan. neo-silbersalvarsan, sulfoxilatsalvarsan, a cui presero parte numerosi soci (Cappelli, Ducrey, Majocchi, Mariani, Malusardi, Pasini, Piccardi, Radaeli, Truffi, ecc., la quale si concluse in un ordine del giorno presentato dal prof. Pasini di Milano, approvato a voti unanimi dall'assemblea e di cui riportiamo il testo integrale:

« La Società Italiana di Dermatologia e Sifi-
« lografia, udite le relazioni sulla cura aborti-
« va della sifilide, dopo ampia discussione sul-
« l'importantissimo argomento, riconosce che:
« lo stato attuale delle nostre conoscenze non
« permette di affermare con sicurezza la possi-
« bilità di una guarigione della sifilide con una
« cura di breve durata per quanto intensiva;
« mette in guardia il pubblico contro le illu-
« sioni e i danni di assolute assicurazioni al
« proposito e ciò specialmente per quanto ri-

« guarda il matrimonio; pone in rilievo la ne-
« cessità di una diagnosi ben sicura prima
« d'iniziare ogni cura; riconosce il grande van-
« taggio che, a diagnosi bene assicurata, si
« istituisca senza indugi una terapia arseno-
« benzolica mercuriale, che dovrà metodica-
« mente essere continuata proporzionalmente
« alle necessità ed alle condizioni organiche
« individuali ».

Non è possibile addentrarci in una minuta disamina di tutte le altre numerose comunicazioni, molte delle quali, per la novità del soggetto o per la rarità dei casi studiati, sono veramente della massima importanza. Ci basterà il dire che questo volume, uscito a pochi mesi di distanza da quello pubblicato in onore del prof. Majocchi, documenta ancora una volta l'intensa ed ininterrotta attività scientifica dei dermatologi italiani e rappresenta una raccolta di notevolissimi contributi al progresso della nostra Specialità. V. MONTESANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 3 febbraio 1922.
Presidente: F. BATTISTINI.

Sull'auto ed eteroinoculazione dell'« herpes febrilis » nell'uomo.

FONTANA. — Riferisce i favorevoli risultati da lui ottenuti in esperienze di auto ed eteroinoculazione sulla cute umana del virus dell'« herpes febrilis »; inoltre ricorda come egli sia riuscito per il primo a riprodurre le vescicole dell'« herpes » sulla cute umana inoculandola con virus di cheratocongiuntivite erpetica di coniglio.

Su di un'epidemia di « Pemfigo epidemico » osservata lungo la Riviera Ligure di Ponente nell'estate 1921.

TROSSARELLO. — Nei centri balneari di Varigotti, Finalpia, Finalmarina, Borgio-Verezzi e Pietra Ligure nell'estate 1921 osservò una quarantina di casi, parte bambini e parte adulti, di pemfigo epidemico. La diagnosi, oltrechè dai caratteri clinici, risultava anche dall'esame batteriologico del liquido prelevato dalle bolle in diversi stadi.

Quest'epidemia è la terza finora descritta in Italia e se appaiono degni di nota l'alta percentuale degli adulti colpiti e l'andamento costantemente benigno mantenuto dall'affezione, è pure degno di rilievo il fatto che essa si sia esclusivamente limitata ad individui frequentanti gli stabilimenti balneari. Ciò indica che sul suo sviluppo debbono avere influito sia la grande promiscuità in cui abitualmente vivono i bagnanti e in special modo i bambini sulle spiagge marine, sia l'insufficiente lavaggio degli indumenti da bagno che per lo più vengono semplicemente risciacquati in un unico recipiente senza l'uso di alcuna sostanza disinfettante.

Osservazioni sulla tensione endoculare dell'occhio affetto da cataratta senile.

ROLANDI, dalle sue osservazioni su 76 casi, conchiude che negli occhi affetti da cataratta senile la pressione endoculare è piuttosto bassa, generalmente intorno a 15 mm. Hg, e quando il fenomeno è bilaterale è più bassa nell'occhio in cui la cataratta è più avanzata. La tensione è uniforme nelle varie ore del giorno.

Seduta del 10 febbraio 1922.
Presidente: BATTISTINI.

Un caso di flessione alta del ceco con membrana di Jakson posteriore.

BIANCHETTI. — Nel riferire questo caso poco comune lo interpreta come di origine congenita.

Ricerche sul numero delle mitosi del midollo spinale in embrioni di varie specie di uccelli di grandezza diversa.

MILONE. — Nelle singole specie di uccelli studiate l'attività proliferativa del midollo spinale non è uniforme; scarsa in un primo periodo dello sviluppo, cresce a poco a poco fino ad un massimo per poi di nuovo diminuire definitivamente.

Ricerche eziologiche in un caso di Sodoku.

FASIANI, in un caso di Sodoku, mediante l'inoculazione nella cavia del sangue dell'ammalato, ha messo in evidenza lo spirochete degli osservatori giapponesi. La ricerca diretta nel sangue, sulla pelle e in una ghiandola dell'ammalata, riuscì negativa, come pure riuscirono negative le inoculazioni in animali di pezzi di pelle e di ghiandole linfatiche della paziente. L'unica cavia che morì di spirochetemia era stata inoculata col sangue della malata nel peritoneo 21 giorni prima. L'A. descrive le lesioni anatomiche della cavia e i dati più importanti della biologia della « spirochaeta morsus muris ».

Seduta del 17 marzo 1922.
Presidente: BATTISTINI.

Un nuovo apparato per lo studio del cuore isolato di rana. - Sulla funzione del seno venoso.

CHIÒ. — Presenta il suo apparecchio. Il cuore di rana sospeso lasciando intatto il seno venoso reagisce ad uno stimolo meccanico portato sul punto di imbocco delle cave con rallentamento delle pulsazioni, aumento della fase diastolica, rafforzamento della fase sistolica in modo che in complesso il suo rendimento è molto aumentato. All'imbocco delle cave esistono dunque elementi nervosi che non hanno solo funzione iniziatrice e coordinatrice della contrazione cardiaca, ma posseggono anche, sotto l'azione di stimoli, proprietà inotrope, con l'effetto di aumentare la forza del cuore ed il suo rendimento. P. SISTO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Cardiopatie potenziali e profilassi delle cardiopatie nei fanciulli.

N. S. Lawrence (*Journ. Am. Med. Assoc.*, 1° aprile 1922) chiama cardiopatie potenziali i casi gravi di reumatismo articolare acuto, corea, faringotonsillite ricorrente, miosite, dolori osteoarticolari ricorrenti delle estremità e ossa lunghe (cosiddetti dolori di crescenza, senza febbre nè modificazioni articolari): in essi molto spesso si sviluppa poi una cardiopatia.

Più della metà delle cardiopatie organiche seguono il reumatismo articolare acuto, e generalmente il cuore è leso ai primi attacchi; oltre il 15 % segue la corea, e solo il 10 % non dipenderebbe da malattie reumatiche.

L'A. sottopose a continua osservazione in un reparto specializzato, per oltre 4 anni, 65 casi di cardiopatie potenziali in fanciulli da 5 a 12 anni, apprestando loro le opportune cure.

Tutti i 16 casi di reumatismo puro rimasero indenni da cardiopatie, mentre, su di una statistica di tutte le età, il reumatismo lede il cuore in più di tre quarti dei casi. Ciò parlerebbe in favore di un effetto profilattico della terapia, se il fatto fosse confermato da più ampie statistiche.

Invece su 41 casi di corea, pura o complicata a reumatismo, 14 ebbero poi cardiopatie valvolari, e due un'ipertrofia cardiaca senza lesioni orificiali dimostrabili.

Negli altri casi non seguirono cardiopatie. L'A. ricorda che la corea è indubbiamente di natura reumatica, sia per la grande frequenza con la quale si accompagna al reumatismo (60-80 %), sia per le non rare manifestazioni reumatiche nei membri della stessa famiglia. Osserva che la tonsillectomia rende generalmente più rari gli accessi di reumatismo articolare acuto, ma non quelli di corea, eventualmente preesistenti. Ciò ha importanza nella prevenzione delle cardiopatie, perchè è durante gli accessi acuti che esse insorgono e si aggravano, fatta eccezione della stenosi mitralica, che si manifesta per lo più nei periodi di calma: non si può tuttavia escludere che l'endocardite valvolare abbia avuto inizio in un periodo acuto, sebbene la lesione si renda evidente dopo un anno o più.

Questi pazienti si trovano, di solito, in ottime condizioni generali, onde la lesione parrebbe piuttosto un esito che un processo attivo.

Nei fanciulli la tachicardia comunque ottenuta (esercizio, nitrito d'amile) può rendere evidenti i segni fisici della stenosi mitralica, che a frequenza normale del polso potrebbe passare inosservata.

La febbre è un dato importante nelle cardiopatie dei fanciulli: quasi mai fa difetto quando esse insorgono, si aggravano, si scompensano. Il focolaio infettivo che ne è cagione può risiedere anche altrove che nel cuore: talvolta le modificazioni dei segni fisici ne accertano la localizzazione cardiaca.

Quando il cuore è molto leso di solito le manifestazioni reumatiche si attenuano, nonostante ripetuti scompensi e aumenti di temperatura.

DORIA.

Bradicardia sportiva

E. Herxkeimer (*Münch. med. Wochens.*, 1921, n. 47), fa notare che la bradicardia negli individui, dediti allo sport, è nota da tempo. Egli ha osservato 76 giovani (22-28 anni) datisi, fin dalla prima giovinezza, agli esercizi sportivi, in cui la frequenza media del polso era di 63 (massimo 90, minimo 42), in posizione seduta comoda, ciò che corrisponde a 69 nella posizione eretta e 61 in quella coricata. Normalmente si ammette 74-89 nella posizione eretta, 70-79 nella seduta, 65-77 nella coricata.

Si ha dunque una vera bradicardia degli sportivi che da altri autori è stata trovata anche più notevole (Brustmann 38, e anche 28 in un ciclista corridore).

Nello studiare la causa di tale bradicardia, l'A. rivolse anzitutto l'attenzione al vago, sperimentando l'azione dell'atropina; nella maggior parte si ebbe dapprima una rarefazione delle pulsazioni (diminuzione massima 23, media 9) e poi un leggero aumento di frequenza (massima 23 media 5); in qualche caso non si ebbero modificazioni.

La bradicardia non era associata a sintomi vagotonici che in un piccolo numero di casi: in questi poi, l'atropina non agiva differentemente dagli altri. Si può quindi ritenere che bradicardia degli sportivi e vagotono non sono necessariamente associati.

Esclusa quindi la vagotonia come causa della bradicardia, l'A. ha esaminato se questa dovesse ricondursi a condizioni del cuore stesso. Questo, negli sportivi, è sottoposto ad uno stimolo più forte, per il che ne deve risultare una ipertrofia: il miocardio ipertrofico mantiene la proprietà di una contrazione più forte, anche quando l'organismo si trova in riposo. Ora, siccome lo scarico del cuore sano ipertrofico è maggiore di quello del normale, mentre il bi-

sogno d'ossigeno non è aumentato, il cuore può sopperire ai bisogni dell'organismo con un minor numero di rivoluzioni. Si tratterebbe sempre di azione sul vago cardiaco (tensione della anidride carbonica del sangue) ma non di una vera vagotonia.

A conferma di tale ipotesi, rimangono da chiarire altri punti, quali l'accertamento che lo scarico è effettivamente superiore al normale o se invece, in conseguenza dell'esercizio, è diminuito il bisogno di ossigeno dell'organismo. *fil.*

I narcotici nelle malattie di cuore

Il campo delle indicazioni dei narcotici nelle malattie di cuore è assai vasto, Grassmann (*Münch. med. Wochens.* e *Morgagni*, 1922, n. 4) così classifica tali rimedi:

1° *Calmanti innocui* a cui appartengono specialmente i preparati di valeriana: possono essere somministrati a lungo. Sono indicati nei casi di miocardite (da sepsi, difterite, ecc.); quando occorre essere assai prudenti con gli altri narcotici: servono bene nei disturbi dolorosi di natura in parte neurotica, che si osservano in casi di vizî valvolari cronici.

2° *Ipnotici ad azione mite*, bromici: si prestano male per una somministrazione prolungata, tendendo a dare uno stato di apatia e sonnolenza. Più indicato sarebbe il bromuro, sia quando il paziente riesce difficilmente ad addormentarsi, sia quando si sveglia nella notte con cardiopalmo o con sensazioni angosciose: dosi g. 0.3-0.9. Serve bene anche l'adalina (fino a g. 0.5); il veronal è poco indicato negli arteriosclerotici, e sarebbe da preferirsi il medinal (g. 0.5-0.75).

3° *Analgesici più forti*. È utile il luminal (g. 0.3) specialmente nei casi di semplice insonnia; meno sicura è la sua azione quando l'inquietudine generale ha una base psicotica e quando coesista dispnea. Utili sono la codeina e la dionina nei casi con dispnea penosa continua, in cui servono anche come profilattici dell'attacco asmatico acuto: si daranno in tal caso rispettivamente cg. 2½-5, e 2-3, facendo contemporaneamente un'iniezione di olio canforato; per la dispnea incessante, si daranno durante la giornata in dosi più piccole.

4° *Analgesici forti*. La morfina è controindicata nelle malattie acute infiammatorie del miocardio e dell'endocardio nonchè nella pericardite acuta, in cui è meglio ricorrere alla dionina. Essa invece se [illegible] ne nell'attacco di asma acuto (5-8 mg. per i vecchi, 10-15 mg. per i giovani); se il miocardio è in cattive condizioni, si darà anche un cardiocinetico (strofantina, o meglio iniezione sottocute, di caffeina). Si sarà più prudenti nei casi di *angina pectoris*, somministrandola, e in dosi basse, quando lo stato anginoso duri a lungo e risultino inefficaci la codeina e la dionina: con molta cautela si userà nell'aritmia permanente e nell'extra-sistole. Il pantopòn ha azione incostante. Il cloralio sarebbe indicato quando esistano disturbi psicotici con inquietudine motoria grave: la possibilità che si abbia in seguito un collasso del cuore ne sconsiglia l'uso nei cardiopatici. *fil.*

Sulla cura dell'ipertensione arteriosa.

La parte più importante della cura riguarda il regime dietetico, basato sulla riduzione dei liquidi (al massimo 1.200-1.300 cmc. al giorno) e degli albuminoidi. Utili potranno essere le emissioni sanguigne, i regimi di riduzione, e specialmente l'abolizione del fumare, poichè il tabacco va considerato con un energico ipertensore; il riposo, i bagni godono di note proprietà curative.

Fra i medicamenti, G. Oliver (rif. in *Journ. des praticens*, 11 febbraio 1922) consiglia l'uso quotidiano di un lassativo salino: un cucchiaino di solfato di sodio o di magnesio, al mattino a digiuno; il calomelano a piccole dosi (6 mg. 2-3 volte al giorno) renderebbe buoni servigi, ma è discutibile l'uso di un tossico in individui con deficiente eliminazione renale, senza contare che esso può provocare gastriti acute.

L'A. consiglia l'uso prudente di estratto di tiroide (cg. 2) associato con la teobromina (cg. 25) da prendersi prima dei pasti del mezzogiorno e della sera, per 15 giorni al mese: gli obesi ne ritrarranno i migliori vantaggi. Nei 15 giorni seguenti si prescriveranno i sali di potassio (bicarbonato di potassio g. 10, nitrato di potassio g. 5: nitrato di sodio cg. 50: acqua distillata cmc. 300: un cucchiaio prima dei due pasti).

Buon sedativo del sistema vaso motore sarebbe anche il seguente: Bromuro d'ammonio g. 5, benzoato di sodio g. 2.50, acqua distillata cmc. 300: un cucchiaio prima dei pasti: è specialmente indicato contro le crisi ipertensive di origine nervosa.

L'estratto di viscum album ed i nitriti agiscono bene come ipotensori. *fil.*

Il trattamento dell'edema acuto del polmone.

In presenza della crisi, tutti sono d'accordo nel prescrivere un salasso di 200-350 g. secondo le forze del malato. L'indomani, se per-

sistono rantoli alle basi si applicheranno 6-8 ventose scarificate. Si faranno iniezioni di caffeina (cg. 10) o di olio canforato (ripetere ogni 2-3 ore): sarà bene unirvi un po' di morfina (3 mg. non arrivando a 1 cg. che sarebbe pericoloso!).

Per la dieta Ch. Fiessinger (*Journ. d. Praticiens*, 1921, n. 30) consiglia: nelle prime 24 ore dieta idrica (800 cmc.), in seguito per 2-3 giorni regime latto-idrico di riduzione: poi regime ipoclorurato, in cui la quantità di latte non deve essere superiore al litro: riposo in letto per 10 giorni ed altrettanti in camera.

L'A. consiglia la digitalina (5 gocce della soluzione a 1 ‰ al giorno: per due volte nelle prime 24 ore), da continuare per 8-10 giorni, interrompendo poi 2-3 giorni nei quali si darà lo strofanto. Per 15-20 giorni si darà anche la teobromina (50 cg. due volte al giorno).

Occorrerà poi prevenire il ritorno della crisi, consigliando di mangiare poco, bere poco, camminare poco; nell'eventualità di un viaggio in ferrovia, si prescriverà per il giorno prima, l'assoluto riposo in camera ed il regime latteo (un litro di latte e due minestre al latte zuccherate). *fil.*

NOTE DI TECNICA.

Su di un metodo semplice ed economico di colorazione del sangue.

Una soluzione all'1.5 % di blù di toluidina in acqua distillata si può conservare per molto tempo. Per l'uso la si diluisce con acqua distillata nel rapporto 1: 10. Gli strisci dopo lasciati all'aria per 12-24 ore vengono colorati ponendo il vetrino coprioggetti su cui sono eseguiti, a galleggiare su una goccia di questa soluzione per 3-5 minuti, e lasciandolo poi asciugare all'aria senza sciacquarlo. In tali preparati si distinguono nettamente i contorni degli eritrociti; i nuclei dei leucociti, dei linfociti e dei mielociti sono colorati in blù; le granulazioni si vedono bene (quelle eosinofile si distinguono per la loro grossezza e rifrangenza e quelle basofile per il colorito di un blù più intenso). Il protoplasma dei leucociti è di colore azzurro chiaro, quello dei mielociti un po' più scuro, blù intenso quello dei mieloblasti e delle forme irritative. Sono colorati in blù i nuclei degli eritroblasti; così pure le piastrine e i plasmodi della malaria.

(J. Hicke e N. Jagic. *Wien klin. Wochenschr.*, n. 14, 1922).

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1266) *Il favismo.* — Al dott. C. E., abbonato n. 3140:

Affezione diffusa principalmente in Sardegna, Sicilia e Italia meridionale, che si verifica nell'epoca di fioritura e di maturazione della fava. Si inizia con senso di stordimento, di stanchezza, malessere, vertigini. Son caratteristici il pallore, accompagnato da tinta itterica non mai forte, l'emissione di urine sanguigne talvolta addirittura nerastre. Di solito vi è febbre, più o meno elevata; i fenomeni gastrointestinali sono incostanti. Lieve ingrandimento del fegato e della milza. Durante circa una settimana è consecutiva marcata anemia: la morte, che si avrebbe nell'8 % dei casi, specialmente in bambini, si presenta col quadro di anemia acuta. Si possono avere recidive; basta di solito che gli individui si espongano alla causa, per osservare un nuovo attacco.

Sulla patogenesi, l'unica teoria ammissibile è quella di una sostanza tossica ipotetica contenuta nelle fave. Non risulta però che vi siano pubblicazioni più recenti di quella di A. Gasbarrini (*Policlinico*, Sez. prat., 1915, fasc. 45 e 46, dove trovasi pure la bibliografia) e di A. Filia (*Rivista Ospedaliera*, 30 nov. 1915).

Non è improbabile quindi che le nostre idee possano meglio precisarsi in proposito, specialmente dopo gli studi fatti agli Stati Uniti sulla febbre da fieno, provocata dal polline di certe graminacee: la rapidità dell'insorgenza, anche 2-6 ore dopo aver semplicemente annusato i fiori di fava, il ripresentarsi nello stesso individuo ogni qualvolta si esponga alla causa, la rapidità del decorso fanno ritenere che tra favismo e febbre da fieno vi sia una certa analogia, sebbene nel primo si abbiano talora fenomeni gravi e la morte che mancano nell'altra. Ci sembra che la questione meriterebbe di venire studiata, ricercando specialmente se esista una particolare sensibilizzazione agli estratti del polline di fave, o di altra parte della pianta. A. FILIPPINI.

(1267) *Contro gli avvelenamenti da vipere.* — Al dott. C. N. abbonato n. 8618:

Applicazione di un laccio costrittore. Iniezione interstiziale di cmc. 1-1½ di cloruro di calcio all'1 % o acido cromico all'1 % o permanganato di potassio all'1 %, che riducono *in situ* il veleno; iniezioni di stricnina: eventualmente salasso seguito da ipodermoclisi o iniezione endovenosa di soluzione fisiologica. Sieroterapia antivelenosa (non ci consta che in Italia esistano i sieri); cloruro di calcio e colesterina per uso interno. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per la dignità della classe medica.

Qualche giornale politico e qualche periodico di medicina hanno pubblicato un appello alla classe medica per metterla in guardia contro alcune trasformazioni, giudicate poco decorose, nell'Amministrazione sanitaria centrale.

Per quanto inverosimile la notizia ci fosse parsa, abbiamo voluto controllarne la verità.

Essa è destituita d'ogni fondamento. Nell'Amministrazione centrale del Ministero dell'interno, il Direttore generale della sanità ha da molti anni lo stesso grado, le stesse prerogative, la stessa posizione che i Direttori generali delle altre 3-4 grandi branche dell'Amministrazione. Non dipende che dall'autorità del ministro e del sottosegretario agli interni, nè più nè meno che i colleghi Direttori generali.

A tale posizione giunse Santoliquido, che riuscì ad elevare i servizi della Sanità pubblica a Direzione generale; tale posizione ha mantenuto e mantiene Lutrario, che ha rafforzato e disciplinato i servizi esistenti e che tende a completarli e unificarli aggregandovi alcune delle mansioni ora suddivise tra varî Ministeri, ma certamente pertinenti alle funzioni complesse della Sanità pubblica.

Una assegnazione di classe nel ruolo di tutti i Direttori generali del Ministero dell'interno ha dato occasione all'equivoco in cui è incorso un collega, più premuroso della dignità della classe che coscienzioso e preciso nella ricerca della verità. Non ci fermiamo a misere questioni di *rango* burocratico.

Quando tutte le nazioni hanno costituito in organismo indipendente, con veste politica, le funzioni della Sanità, creando perfino in Inghilterra, in Francia, ecc., appositi Ministeri, sarebbe stato grave colpa sminuire la importanza o sacrificare l'indipendenza dei servizi della Sanità in Italia. L'organizzazione dei nostri servizi della Sanità pubblica è tale, che ha preservato da minacciose epidemie prima e durante la guerra il nostro paese; ed è oggetto di ammirazione e di imitazione da parte dei tecnici stranieri.

Perchè l'istituto della Sanità pubblica non solo mantenga la forza raggiunta, ma si espanda e si perfezioni in armonia con le nuove esigenze sociali, giova sia equamente apprezzato specialmente nel mondo medico. La classe medica che nella Direzione di Sanità ha trovato tutela ed aiuto per ogni elevazione morale ed economica; che constata ogni giorno le sempre nuove iniziative per l'estensione e il rafforzamento delle provvidenze per la profilassi delle malattie e l'assistenza sociale, deve costituire tutto un corpo insieme con l'ottima schiera dei colleghi preposti ai servizi; così che corra facile e libera dal centro alla periferia e dalla periferia al centro, un'onda sana di vita, che alimenti le energie migliori e attenui molte delle gravi, quasi vergognose, piaghe morbose che affliggono la nostra Italia.

L. P.

MEDICINA SOCIALE.

Convegno per la previdenza sociale.

Il 21 maggio si tenne a Cremona l'annunziato Convegno interprovinciale per la previdenza sociale. Esso fu inaugurato nel Politeama Verdi, affollatissimo di operai e di datori di lavoro, da S. E. Arnaldo Dello Sbarba, ministro del lavoro, con l'intervento del dott. Giulio Calamani, direttore generale della Previdenza, dell'avv. Foscolo Bargoni, direttore generale della Cassa Nazionale Infortuni, del prof. Medolaghi, vice direttore generale della Cassa Assicurazioni sociali. Mandarono circa duecentocinquanta delegati le Deputazioni Provinciali, i Comuni, le Camere di Commercio, le Organizzazioni sindacali, le Società di Mutuo Soccorso ed altri Enti delle provincie lombarde; erano rappresentate la Confederazione Generale del Lavoro, la Confederazione Italiana dei Lavoratori e le Federazioni Nazionali dei Medici (dal prof. Silvagni e dal dott. Martinelli).

Il presidente avv. Fulvio Gazzaniga tenne il discorso di apertura, ponendo in evidenza il valore umano, sociale e morale delle nuove forme di previdenza, il cui fiorire risponde ad una necessità storica.

Parla poi S. E. Dello Sbarba, il quale mira a precisare il contenuto etico della previdenza, per dare al lavoro, elemento di pacificazione, l'efficienza che gli conviene; rileva la necessità di un'opera di coordinamento nel grande edificio della legislazione sociale, e l'impulso a studiare e risolvere nuovi problemi, come quello dell'assicurazione contro le malattie, pur tenendo conto delle difficoltà che lo stesso presenta.

Il dott. Calamani definisce quale sia il campo fattivo della previdenza; sottopone a minuta disamina i precedenti legislativi in materia, rilevando sopra tutto le manchevolezze della legislazione infortunistica, inspirata sinora ad un prevalente contenuto economico; afferma la necessità di un programma di coordinamento e di integrazione che si potrà raggiungere solo mercè l'assicurazione malattie.

Il prof. Pisenti, medico capo della Cassa Nazionale Infortuni, parla per oltre un'ora, per il trion-

fo delle provvidenze sociali, per snebbiare dubbi, resistenze, apriorismi contrastanti il rapido sviluppo di questa moderna opera di elevazione e pacificazione sociale.

Nel pomeriggio continuarono i lavori con una relazione del prof. Cesare Giannini di Roma, circa la legislazione assicurativa in vigore nelle provincie redente, sviluppando sopratutto l'argomento dell'assicurazione contro le malattie; è un quadro completo che dà luminosa idea del grado di sviluppo cui è giunta tale forma di previdenza sociale nelle Venezie Giulia e Tridentina.

Segue il sig. Alceste Lanzoni, che tratta dell'assicurazione contro l'invalidità e la vecchiaia.

Alla discussione generale prendono parte prevalente il dott. Allegri, il dott. Martinelli, il dottor Valente, il sig. Maglione, il rag. Giannitelli, l'on. Miglioli. Ad unanimità viene poi approvato il seguente ordine del giorno:

«Il Convegno, premesso che è compito e dovere dello Stato di adottare i provvedimenti atti a garantire ai lavoratori di tutte le categorie la tranquillità nell'opera e la sicurezza di valido aiuto nelle avversità della vita;

«esprime il voto che si completi il sistema delle leggi e delle disposizioni in vigore per le assicurazioni sociali;

«ed augura che tale voto, valorizzato dal consenso di tutti gli interessati, dia vita ad una feconda intesa e costante collaborazione per un armonico sistema di provvidenze sociali, completate con l'assicurazione per le malattie, inspirate ai criteri della tutela piena del lavoratore da ogni forma di rischio ed alla organizzazione che meglio si appaleserà idonea ad attuarla al disopra di ogni particolare intransigenza».

Il Convegno è chiuso da un vibrante saluto del Ministro. Il presidente comm. Cazzaniga rivolge un ringraziamento al Ministro ed agli intervenuti.

Cronaca del movimento professionale.

La revisione del concorso dell' Ospedale di Como.

L'Associazione tra Direttori sanitari di Istituti ospitalieri comunica:

Ricorderanno i colleghi che nella nomina del Direttore dell'Ospitale di Sant'Anna di Como erano avvenute gravi irregolarità, contro le quali era stato interposto ricorso al Consiglio di Stato, e che questo aveva dato ragione ai ricorrenti, ordinando la revisione del concorso. In questi giorni, dietro giudizio di una nuova Commissione, quel Consiglio ospitaliero ha nominato al posto di Direttore il prof. Pietro Binda, della Clinica di Pavia, uno dei ricorrenti contro l'esito del passato concorso.

Mentre ci felicitiamo con l'egregio collega per il riconoscimento del suo valore, mentre salutiamo con soddisfazione il trionfo della giustizia e della correttezza della procedura, ci sia lecito ricordare come la nostra Associazione non aveva mancato a suo tempo d'interessarsi delle dolorose vicende del concorso stesso e come, ad onor del vero, prima di scegliere la nuova Commissione giudicatrice, quel Consiglio ospitaliero aveva officiato la Presidenza dell'Associazione a voler esprimere i suoi desideri sulla miglior composizione della Commissione stessa.

La questione Ospitaliera di Stradella.

Nel Congresso federale provinciale del Partito Nazionalista, tenutosi a Pavia, fu votato un ordine del giorno col quale, tenuti presenti i recenti ordini del giorno votati dalle varie organizzazioni della città che invocano una pronta soluzione dell'annosa questione; conferma che il concordato liberamente stabilito e firmato tra le varie rappresentanze di partiti ed organizzazioni a Stradella il 22-30 maggio 1921 deve avere piena e completa esecuzione e che quindi il dott. Umberto Nobili deve essere definitivamente allontanato dalla direzione dell'Ospedale di Stradella e deve essere data giusta e doverosa riparazione al prof. Giovanni Masnata ed al dott. Ercole Boselli; invoca una serena e pronta inchiesta sull'opera professionale del dott. Umberto Nobili e chiede intanto che in attesa del risultato dell'inchiesta ed in considerazione del procedimento penale in corso contro di lui per falso in certificato medico, l'autorità preposta alla tutela della dignità professionale e della pubblica salute provveda a sospenderlo dalla carica il direttore dell'Ospedale Civile di Stradella e dallo stipendio; si riserva ogni libertà di azione se un provvedimento disciplinare non sarà preso, fissando il limite di dieci giorni.

Assicurazione malattie.

Il «Fascio di Azione e Difesa medica» di Torino, ha approvato il seguente ordine del giorno:

«I soci del Fascio di Azione e Difesa medica, riuniti in assemblea straordinaria, la sera del 19 maggio 1922, per discutere circa l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, udite le relazioni dei colleghi Brun e Passerini, dopo ampia discussione in merito, deliberano di opporsi a qualunque progetto di assicurazione obbligatoria globale, che comprenda direttamente l'assistenza sanitaria, mentre si dichiarano favorevoli ad una legge, che veramente giovi alle classi povere, assicurando loro un sussidio in caso di malattia, ed ai salariati che abbiano un reddito insufficiente.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9435) *Cassa di previdenza.* — Dott. F. B. da S. G. I. — Il rilascio dell'8 % per la Cassa di previdenza si paga sullo stipendio aumentato e non su quello iniziale.

(9436) *Cura degli abbienti.* — Dott. A. D. A. da C. — Avendo ricevuto il solo stipendio stabilito per la cura dei poveri può chiedere pagamento delle prestazioni fatte agli agiati, i quali dovrebbero, se mai, rivolgere le loro doglianze al Comune per non averli avvertiti, che dal giorno o dal mese tale, la cura cominciava ad essere residenziale e non generale.

(9437) *Residenza del medico condotto.* — Dott. A. M. da C. al C. — A norma dell'art. 22 del Regolamento generale sanitario il Consiglio Comunale è libero di fissare la residenza del medico condotto. Ogni variazione deve, però, essere approvata dalla G. P. A., udito il Consiglio provinciale di sanità, che certamente, nei loro pronunziati, si ispirano a ragioni di pubblico interesse. Sarebbe utile che Ella facesse rilevare gli argomenti tecnici esposti, cioè di un eccessivo condensato servizio in una zona e di una deficienza nell'altra, perchè possano le autorità che dovranno decidere, tenerli presenti e valutarli, nelle loro successive ordinanze.

(9439) *Interpretazione di capitolato.* — Dott. E. B. da A. — La disposizione del capitolato con la quale si concedono lire 2.00 annue per ogni povero incluso nell'elenco dopo i primi cento deve essere intesa nel senso che deve essere applicata a tutti i poveri in genere, comunque inclusi nell'elenco e non solamente a coloro che sono curati ambulatoriamente o che sono nell'ospedale. Se solamente a costoro si fosse voluto alludere, si avrebbe dovuto dire chiaramente ed esplicitamente. Fare, ora, restrizioni non consentite neanche indirettamente dal capitolato, è opera illegale.

(9440) *Specialità medicinali.* — Dott. R. C. da C. A. — La vendita delle specialità medicinali può essere fatta liberamente purchè ad opera di farmacisti ed in base ad analoga prescrizione medica.

(9441) *Concorso.* — Dott. P. P. da B. — Il Comune ha piena facoltà di inserire nel bando del concorso tutte quelle condizioni che, non vietate espressamente dalla legge, crede utile di inserire nel proprio interesse. Qualora la possibilità dello annullamento non sia espressamente indicata, il Comune non può revocare un concorso bandito se non per gravi circostanze intervenute. In tali sensi si è espressa la giurisprudenza del Consiglio di Stato. In vista della annunziata possibilità di annullare la prova ogni individuo poteva vagliare la convenienza di prendervi parte o di astenersi.

(9442) *Esami per ufficiale sanitario.* — Dott. P. T. da R. — I programmi per gli esami di ufficiale sanitario sono esposti nel libro *della legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale.* Sarebbe bene consultare il *Codice Sanitario,* ove sono comprese tutte le norme vigenti in materia di legislazione sanitaria. Presso le principali Università del Regno si fanno i corsi per gli aspiranti ufficiali sanitari. Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; vedi fasc. 23. Scad. 20 giugno.

BUDDUSO (*Sassari*). — A tutto 15 giugno, pov. capol. L. 7400 e quattro sessenni decimo, due c.-v., L. 500 uff. san. Rivolgersi Segreteria.

ISSIME (*Torino*). — Consorzio con Gressoney-St. Jean. Scad. 25 giu. L. 4500. Alloggio e mezzo di trasp. L. 1900; uff. san. L. 900. Ab. 5000.

LUZZARA (*Reggio Emilia*). — L. 8000, addizion. L. 2.50 sopra 1000 pov., L. 1000 direz. Osp., L. 2500 cav., doppio c.-v., L. 1000 c.-cav., L. 1250 se uff. san. Al 20 giugno.

PIAGGINE SOPRANE (*Salerno*). — L. 4000 fino a 150 fam. e L. 200 ogni 10 fam. in più, L. 500 quale uff. san. Scad. 25 giugno.

PERUGIA. *Ufficio d'Igiene e Sanità.* — Tre condotte rurali; a tutto 15 lug.; docum. all'Ufficio di Segreteria; L. 6000, doppio c.-v., L. 300 ambulat.; L. 200 assicur.; soli poveri.

RIMINI. — Quattro condotte; al 20 giugno, ore 14; L. 8000 e 10 bienni ventesimo; L. 3000 cav.; doppio caro-viv.; addizion. L. 2 sopra i 1000 poveri. Chiedere annunzio.

SASSARI. — Direttore Istituto Batteriologico Consorziale. L. 10,000 e 4 quinquenni L. 1000 ciascuno, diritti perizia. Modalità, dettagli, richiedere informazioni Presidente. Avviso pubblicato n. 114 periodico locale «Nuova Sardegna», 15 maggio. Scadenza 25 giugno.

TAVERNELLE VAL DI PESA (*Firenze*). — L. 6000 e 6 trienni decimo; L. 3000 cav. Scad. 20 giugno.

Medico giovane, con ottimi titoli, pratico servizio condotta, cerca interinato ovunque per i mesi di luglio e agosto corr. anno. Fare offerte dettagliate e scrivere al dott. Carlo Gasparini, viale Romana, 28 - Milano.

Riceviamo dal dirigente dell'Ufficio di Collocamento regionale veneto:

In riferimento all'avviso pubblicato nel n. 50 del 12 dicembre 1921 e per chiarire un increscioso equivoco susitato nelle provincie meridionali, le sarei grato se volesse pubblicare che:

«L'Ufficio collocamento medici del Veneto non ha mai avuto preferenze per medici di una regione piuttosto che di un'altra. Spessissime volte s'è opposto a pretese campanilistiche di Amministrazioni comunali.

«Nel caso singolo riferiva solo un desiderio espresso tassativamente da quei Comuni. A prova di quanto sopra stanno le cifre seguenti. Nel 1921 furono collocati circa 92 medici; di questi ben 35 erano delle provincie meridionali.

Dott. A. BACCICHETTI».

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Campodoro (Padova), Luzzara (Reggio Emilia).

Revoca di diffide: Monticello (Como).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Umberto Carpi, docente di clinica medica a Pavia e medico primario dell'Ospedale Civico di Lugano, è nominato, in esito a concorso, medico primario dell'Ospedale Maggiore di Milano.
Rallegramenti cordiali al valente sanitario e nostro ottimo amico.

Sono insigniti della croce di cavaliere dell'Ordine della Corona d'Italia i dottori: Raffaele Giurato, da Napoli; Carlo Danioni, da Biella; Giovanni Palleri, da Osimo (Ancona).

NOTIZIE DIVERSE.

V. I. M.

Come abbiamo già annunziato, i *Viaggi d'Istruzione per Medici alle Stazioni Termali* sono istituti dall'«Ente Nazionale per le Industrie Turistiche», su parere della «Commissione centrale per le Stazioni di cura», allo scopo di contribuire efficacemente a diffondere nella classe medica la conoscenza pratica e diretta di esse.

Il primo V. I. M., organizzato dall'E. N. I. T., avrà luogo dal 3 al 12 luglio prossimo, in treno speciale, seguendo l'itinerario: Firenze-Bagni di Montecatini-Bagni della Porretta-Riolo-Salsomaggiore - Sirmione - Recoaro - Abano - Roncegno-Levico-Portorose-Trieste.

La quota d'iscrizione è fissata in lire quattrocentocinquanta, nella quale sono comprese tutte le spese di viaggio e di soggiorno dal luogo di adunata (Firenze) al luogo di scioglimento (Trieste). Gli iscritti usufruiranno di un biglietto a tariffa ridotta per il viaggio dalla residenza, o dal confine per i medici stranieri, a Firenze e da Trieste alla residenza, o al confine.

Sono ammessi a partecipare al V. I. M. i soli medici e studenti in medicina dell'ultimo biennio.

Il numero dei partecipanti al V. I. M. è limitato a 150: le iscrizioni saranno chiuse appena raggiunto tale numero e non oltre il 15 giugno.

Inviare la richiesta d'iscrizione insieme alla quota di L. 450, all'«Ente Nazionale per le Industrie Turistiche», via Marghera, n. 6, Roma.

Nel 40° anno d'insegnamento del sen. Maragliano.

È stata fissata per il 21 giugno 1922 la data in cui a Genova sarà resa onoranza solenne al sen. prof. Edoardo Maragliano, presidente della Società Italiana di Medicina, il quale compie ora il suo 40° anniversario d'insegnamento.

I clinici più illustri d'Italia e dell'Estero, gli ammiratori numerosi, gli allievi, si preparano a che questo tributo di gloria e di ammirazione sia veramente degno della persona per la quale è votata.

Il Corpo Accademico Universitario al completo, i più bei nomi della Medicina italiana e d'oltr'Alpe già hanno aderito all'invito e colle istituzioni cittadine, da quella Comunale a quelle patriottiche si sono date convegno nell'Aula Magna del nostro Ateneo dove sarà proclamata la fondazione di una Biblioteca Medica intitolata al suo nome.

A quanti per errore non fosse pervenuto un personale invito valga questo cenno ad esprimere l'onore che il Comitato riputerebbe della loro presenza.

Conferenza sanitaria Europea.

Dal 20 al 28 marzo si è adunata a Varsavia una Conferenza sanitaria europea, per organizzare la difesa contro le importazioni epidemiche dall'Oriente. Vi erano rappresentate 21 nazioni. Presiedeva Reichmann.

La Conferenza ha diviso i suoi lavori in tre sezioni: stato sanitario attuale, provvedimenti teorici, applicazione pratica di essi.

La situazione sanitaria dell'Europa orientale è risultata di una gravità straordinaria.

Nel 1920 furono ufficialmente accertati in Russia tre milioni di casi di tifo esantematico, un milione di casi di tifo ricorrente; in Polonia e in Rumania si ebbero rispettivamente 157,000 e 46,000 casi di t. e. È da notare che le cifre ufficiali non dànno se non un'idea attenuata della realtà.

Le due malattie hanno ora ripreso a propagarsi spaventosamente e si estendono con una rapidità e un'intensità paragonabili a quelle del 1918; la Russia è la più colpita; in Polonia i casi di tifo esantematico si sono triplicati da gennaio a marzo; l'Ucraina è pure molto provata.

Anche il colera fa stragi; ha invaso l'Ucraina, serpeggia lungo il Volga e la costa del Mar Nero, minaccia la frontiera polacca e si va diffondendo sempre più, favorito dalla mancanza di medici e di personale sanitario subalterno. Col sopravvenire dell'estate, c'è da temere una diffusione più rapida della malattia, con pericolo grave per l'Europa centrale e occidentale.

I mezzi teorici di difesa non formano oggetto di gravi divergenze; ma le conclusioni pratiche della Conferenza sono state piuttosto vaghe, sovratutto in ragione degli ostacoli economici e sociali contro cui urta la profilassi.

Associazione professionale dei dermosifilografi Italiani.

Terrà il suo 8° Congresso a Trieste dal 13 al 15 giugno. Temi: M. Carruccio: il funzionamento dei dispensari celtici a Roma; V. Montesano: Abolizionismo e regolamentazione; G. Pecori: La cosidetta posta del medico nei giornali politici; P. De Favento: La lotta contro i morbi celtici nella Venezia Giulia sotto il passato regime; avv. Edmondo Puecher: Assicurazioni di malattie con speciale riguardo ai morbi celtici; M. Truffi: Sulla necessità di controllo preventivo, da parte del dermatologo, sui bambini che vengono ammessi in collegi, istituti, colonie di cura, ecc.; U. Rebaudy: Sulla pletora ognor crescente dei sedicenti specialisti in dermosifilopatia e sui mezzi da adottare per combatterla; V. Casoli: Condizione presente dei medici specialisti fiduciari in rapporto alle Autorità di Pubblica Sicurezza, Sanitarie e di controllo.

Per informazioni rivolgersi al segretario generale, prof. R. Terzaghi, via Napoli 5, Roma.

Il Consiglio Internazionale delle Infermiere.

Per la prima volta, dopo la guerra, si è riunito a Copenhagen, nei giorni 22-23-24 maggio u. s., il Consiglio Internazionale delle Infermiere, istituito nel 1899 e composto dalle rappresentanti ufficiali delle Associazioni Nazionali d'infermiere diplomate delle varie nazioni.

Presero parte a questa riunione circa 500 infermiere ed erano rappresentate 11 nazioni. Furono ammesse a far parte ufficialmente del Consiglio Internazionale le rappresentanze di quattro nazioni che finora, mancando di Associazione nazionale d'infermiere diplomate, non avevano ancora potuto esservi ammesse. Fra queste era l'Italia, per la quale la nostra Associazione Nazionale Infermiere, istituita nel 1919, ha potuto ora entrare a far parte del Consiglio Internazionale, rappresentata in questo Congresso dalla signorina Maria Valenzano, infermiera diplomata.

Dopo la solenne cerimonia dell'accettazione delle nuove nazioni, svoltasi in una grande sala imbandierata, al suono degli inni nazionali delle varie Delegate, ebbe luogo la discussione di diversi problemi professionali quali: «La necessità di un livello internazionale d'istruzione per le infermiere», e «Il pensiero del Consiglio Internazionale circa la giornata di otto ore per le infermiere .

Le Delegate ufficiali erano ospiti del Consiglio Nazionale delle Infermiere Danesi, le quali fecero con vera signorilità gli onori della loro bella capitale.

Corso di ricerche biologiche.

Il prof. Arthus, fisiologo di Losanna, si è proposto di riunire un gruppo di giovani studiosi internazionali attorno a sè per ripetere in un ciclo di 21 giorni una serie di conferenze e di ricerche biologiche sperimentali, rivolte allo studio della anafilassi e delle proteotossine. Il corso è assolutamente gratuito. Si inizierà il 24 luglio. Gli studiosi che intendessero parteciparvi dovranno farne domanda, corredata da un breve *curriculum vitae*.

Nel giornalismo medico.

Nel momento in cui l'idrologia medica assume uno sviluppo formidabile e si moltiplicano le ricerche che tendono a svelare il meccanismo dell'azione terapeutica delle acque minerali e di precisarne le indicazioni, si è sentito il bisogno di un nuovo periodico, a carattere internazionale, che raccogliesse e registrasse i progressi compiuti, che promuovesse le ricerche, che fornisse una guida ai sanitari. Così sono sorti gli «*Archives of Medical Hydrology*», organo della Società Internazionale di Idrologia Medica. Uno dei benefizi più immediati e diretti che questa pubblicazione potrà rendere, è la coordinazione delle ricerche eseguite sulle acque minerali dei varî paesi, dal punto di vista scientifico, tecnico e terapeutico. Il primo numero contiene i programmi, redatti da Clifford Allbutt e da Paul Carnot, ed una serie di articoli originali pregevoli, concernenti in specie i metodi per lo studio scientifico delle acque minerali e le basi dell'idroterapia, nonchè la cura idrica delle cardiopatie e del diabete; reca anche una serie d'informazioni varie.

La redazione ha sede provvisoriamente a Londra W. 1, Devonskire Place 16 (segretario onorario: dott. E. P. Poulton): l'amministrazione a Londra E. C. 2, Devonshire Street 18, Bishopsgate (presso Messrs Headley Brothers).

A questa iniziativa non può mancare il successo, e fervidamente lo auspichiamo.

Una conferenza del sen. Foà.

Il 29 maggio, nell'Aula Magna del Collegio Romano in Roma, presenti la regina Madre e una folla di personalità spiccate, il prof. sen. Pio Foà tenne una conferenza sui «Nuovi orientamenti dello spirito», per incarico ed a benefizio della Lega Nazionale contro la Tubercolosi.

L'oratore prese le mosse dallo stato di pensiero e di sentimento che seguì e reagì in Italia all'esplosione idealistica della prima metà del secolo XIX, e che culminò col '48.

Il pensiero, che è funzione del cervello, è venuto evolvendosi, a misura che l'umanità si distaccava dallo stato scimmiesco primitivo; intanto la società veniva profondamente trasformandosi coll'aumentata potenza delle masse, colla fluidificazione della proprietà, che divenne mobile, rapidamente spostabile da classe a classe e da individuo a individuo, colla trasformazione del concetto di stato e di autorità. La guerra, che scoppiò ineluttabile, covava da 10 anni almeno; essa ha portato profondi mutamenti, che ancora non siamo in grado di apprezzare: tra l'altro, a una revisione dell'istituto parlamentare, a una più larga partecipazione delle masse al potere e moralmente ad uno scontento intimo, a una ricerca di idealità, ad una sofferenza diffusa. L'umanità cerca un'anima. Una tendenza alla organizzazione non manca. Intanto i giovani devono ritemprarsi a ideali alti e sani.

Compleanni.

Il prof. Theodor Kölliker, figlio di Albert v. Kölliker, professore straordinario di ortopedia a Lipsia, ha festeggiato il 28 maggio il suo 70° compleanno. Kölliker coltivò dapprima l'anatomia pura; poi passò alla chirurgia; nel 1885 fu nominato direttore della Policlinica ortopedica universitaria.

Il prof. Kümnul, rettore dell'Università di Amburgo, direttore della Sezione chirurgica dell'Ospedale di Amburgo-Eppendorf, ha festeggiato il 22 maggio il 70° anniversario della sua nascita.

Ramon y Cajal lascia l' insegnamento.

Con decreto reale del 5 maggio, controvistato dal ministro T. Montejo, viene giubilato D. Santiago Ramon y Cajal, professore alla Facoltà Medica dell'Università Centrale in Madrid, per limiti di età, avendo egli raggiunto il 70° anno col 1° ottobre u. s.

La Spagna stava preparando grandi festeggiamenti in onore del sommo investigatore e pensatore; ma egli ha espresso il desiderio che non abbiano luogo.

Per commemorare Ramazzini.

La Sezione Italiana della Commissione internazionale per lo studio delle malattie del lavoro, presieduta dal prof. Luigi Devoto, dopo aver ricordato che il comune di Milano fin dal 1902, su proposta del compianto on. avv. Luigi Maino, dette il nome di Ramazzini ad una nuova via, informa che il comune di Firenze ha preso in questi giorni una decisione consimile e che il comune di Roma si propone d'intitolare a Ramazzini una delle strade nelle adiacenze del Policlinico. Aggiunge che il V Congresso di Medicina del Lavoro (Firenze 11-14 giugno 1922) distribuirà a tutti i suoi membri una medaglia-distintivo in bronzo, che riproduce Bernardino Ramazzini, in bellissima effige, con le due date della nascita e della morte: 1633 Carpi-1714 Padova. La nostra Nazione dunque non dimentica il grande fondatore degli studi sulle malattie del lavoro.

Con A. LAVERAN si è spento uno scienziato che lascierà un'orma durevole nella storia della medicina.

Era nato a Parigi il 18 giugno 1845.

Entrato nel Corpo sanitario militare, nel 1874 fu nominato professore alla Scuola d'applicazione del Val-de-Grâce, dove il padre era stato direttore; nel 1878 fu mandato in Algeria, dove, a Costantina, fece la scoperta che doveva renderlo celebre: studiando la melanemia dei malarici, volle seguire nel sangue la genesi del pigmento; e, oltre ai leucociti melaniferi, vide dei corpi chiari, pigmentati, dotati di movimenti amebridi, liberi o, più spesso, facenti parte delle emazie, nonchè delle forme a rosetta e delle forme semilunari, che a volte emettevano dei flagelli mobilissimi. Il 23 novembre 1880 egli fece presentare all'Accademia di Medicina di Parigi i suoi risultati: ma dovette superare molti ostacoli per fare trionfare la sua scoperta: il suo microbo differiva troppo dai batteri patogeni fino allora conosciuti! Eppure i tempi erano già maturi: qualche giorno dopo quella comunicazione, il 3 dicembre, Griffith Evans annunziava, nelle Indie, la scoperta del primo tripanosoma patogeno. Quelle due scoperte fondamentali di due tipi di ematozoi dettero l'abbrivo a una doppia serie di altre scoperte, a partire da quella di Danilewsky sulla malaria degli uccelli, fino ai piroplasmi, alle leishmanie, alle amebe dissenteriche, ecc., ecc.

Non riuscendo a coltivare i parassiti della malaria, Laveran si era posto anche il problema della loro vita fuori dell'uomo, e dopo la scoperta di Manson, si convinse del compito delle zanzare, il quale poi doveva essere brillantemente dimostrato da Ross e da Grassi.

Laveran ha compiuto anche una serie di studi interessanti sui tripanosomi: identificazione col metodo dell'immunità crociata, vaccinazioni, chimioterapia, ecc. Negli ultimi anni si è occupato, con il nostro Franchini, dei flagellati che vivono nelle euforbie e in altre piante e che sono trasmessi da cimici delle piante, nonchè della trasmissione delle infezioni protozoarie proprie degli insetti ai mammiferi.

Per ragioni di salute aveva dovuto abbandonare la medicina militare e la cattedra; ma nel 1897 fu accolto nell'Istituto Pasteur, di cui fu nominato poi direttore onorario ed ove continuò a lavorare con disciplina indefessa fino a qualche giorno prima della morte, avvenuta il 18 maggio.

Oltre a numerose note, lascia parecchie pubblicazioni con carattere di trattati; ricordiamo: «Traité di Paludisme», «Prophylaxie du Paludisme»; «Trypanosomes et Trypanosomiases», «Leishmanioses», «Traité d'Hygiène militaire», «Nouveaux éléments de Pathologie médicale» (in collaborazione con Teissier di Lione), ecc.

Gli era stato assegnato il premio Nöbel; ma siccome gli statuti della fondazione non consentivano di compensare la scoperta dell'ematozoo della malaria, perchè già troppo antica, si dovette escogitare una motivazione più generica!

La sua memoria verrà venerata e benedetta nei secoli. *a. p.*

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Rass. Intern. di Clin. e Ter., genn. — L. MARTINOTTI. La terapia precoce abortiva della sifilide.

Revue Neurol., gen. — P. MARIE e H. BOUTTIER. Modalità delle dissociazioni della sensibilità nelle lesioni encefalitiche. — C. FOIX ed E. FATON. Siringomielia ad inizio di cifo-scoliosi giovanile.

Rassegna di Studi Sessuali, 1. — H. ELLIS. Lo scopo dell'eugenica. — V. MONTESANO. La terapia precoce abortiva della sifilide.

Riv. crit. di Clin. Med., 25 feb. — V. SCIMONE. Studio della funzionalità gastrica colla sondina di Gross.

L'Osped. Magg., 28 feb. — P. BOSSI. Le modificazioni muscolari nella contrazione volontaria applicate alla protesi cinematica.

Arch. Mal. du Cœur, ecc., feb. — J. MINET, R. LEGRAND e PRELOT. La fisostigmina in terapia cardiaca.

The Journal Nerv. a. Ment. Disease, feb. — A. H. WOODS. Embolismo nel lobo occipitale.

Annales de Méd., feb. — J. LHERMITTE. La poliuria infundibulare: il diabete insipido sifilitico. — D DANIÉLOPOLU, A. RADOVICI e A. CARNIOT. Riflesso oculo-gastrico e oculo-colico. — C. I. URECHA. Sifilide nervosa latente.

La Rif. Med., 20 mar. — A. CANTANI. Immunizzazione antitubercolare rapida con tubercoline iodizzate e risultati terapeutici. — G. IANNELLI. Ascesso del fegato guarito mediante le iniezioni di cloridrato di emetina. — R. VEGNI. Studio sperimentale dell'infezione erpetica.

Bull. Acad. de Méd., 21 mar. — J. HATIEGAN. La prova dell'indaco-carminio nelle malattie. — M. d'HALLUIN. La morte da elettroesecuzione. — A. SARTORY e M. L. SCHEFFER. Pneumomicosi e lingua nera.

Soc. Méd. d. Hôp. de Paris, 23 mar. — P. MERKLEN. Sulle frontiere della sifilide.
Pensiero Med., 25 mar. — A. MONSELICE. Le acidosi.
The Journal Amer. Med. Assoc., 25 mar. — J. C. BLOODGOOD. Le affezioni benigne del seno femminile. — H. LEURS e H. GIDEON WELLES. La funzione del colostro. — F. N. WILSON e G. R. HERRMANN. Embolia cerebrale consecutiva ed arresto di fibrillazione auricolare mediante la chinidina. — C. M. BYRNES. Trattamento della sclerosi multipla.
Gazz. d. Osp. e d. Clin., 26 mar. — A. FERRI. A proposito del metodo più semplice per la toracentesi.
La Riforma Med., 27 mar. — D. TADDEI. Sulle fratture del collo del femore. — D. ZIBORDI. Tubercolosi e glandole a secrezione interna.
Wien. Klin. Wochens., 30 mar. — N. ORTNER. Clinica della colelitiasi. — K. HITZENBERGER. Relaxatio diaphragmatis.
Soc. d. Hôpit., 30 mar. — E. KREBS. Caratteri clinici delle scosse muscolari nell'encefalite letargica. — 6 apr. — R. BENARD. Encefalite letargica con poliuria estrema; poliuria ipofisaria e pitiatica.
Il Morgagni (Arch.), 31 mar. — C. BERTONE. Ascesso del pancreas associato a colecistite calcolosa ed empiema pleurico.
Il Lavoro, 31 mar. — F. CIOFFI. La discromatopia traumatica.
Spitalul, 3. — J. B. ABALOS. Il lobo prefontrale, centro del linguaggio e del movimento intelligente. — P. GALASESCO e G. CONSTANTINESCO. La reazione cloroformica nei sieri luetici. — RADULESCO. Innesto osseo nel morbo di Pott.
Arch. Mal. Appareil Digestif, ecc., n. 2. — G. LION. L'ulcera lineare o a fessura dello stomaco. — A. CADE e MORENAS. Ulcera gastrica sifilitica.
New York St. Journ. of Medic., mar. — F. A. DORMAN. I palloni dilatanti e l'aspettazione in ostetricia. — T. B. GIVAN. Trattamento precoce della sifilide congenita. — H. E. B. PARDEE. L'uso continuato della digitale.
Rev. Ibero-Amer. de Ciencias Méd., mar. — S. GARCÍA HURTADO. Fondamenti fisici del trattamento dei processi morbosi coi raggi Roentgen.
Revue Tunis. des Sc. Médicales, mar. — Numero sulla malaria in Tunisia.
Pathologica, 1° apr. — Tumore primitivo del fegato di probabile origine cortico-surrenale.
Le Scalpel, 1° apr. — LE GRAND. Mediastinite sifilitica da compressione della vena cava superiore.
La Pediatr., 1° apr. — E. GERBASI. Micrococco di Bruce e paramelitense.
The British Med. Journ., 1° apr. — J. MACKENZIE. Natura e significato dei sintomi cardiaci. — E. C. DODDS. Disordine pancreatico nel rachitismo.

ARCHIVI.

The American Journal of the Medical Sciences, mag. — B. M. BERNHEIM. Gangrena minacciante e in atto nei diabetici; coordinazione degli sforzi del medico e del chirurgo. — O. P. KIMBALL. Profilassi del gozzo. — F. A. CRAIG. Segni fisici indiziari di lesioni aortiche. — W. J. STONE. Alterazioni del muscolo cardiaco nella polmonite e terapia digitalica. — J. TUCKER. Guarigione immediata di diabete insipido iniziale in seguito a puntura lombare. — E. R. TEMPLETON, D. S. KING e R. McLEAN. Reperti batteriologici, clinici e patologici in un caso di meningite influenzale. — M. HANCHETT. Poliuria sperimentale. — P. F. MORSE. Correlazione tra esame clinico e anatomo-patologico nelle nefriti. — H. F. STOLL. Manifestazioni precoci e trattamento razionale della tabe dorsale — J. C. REGAN. L'anestesia per la puntura lombare. — W. S. CADWALADER. Agenesi dei nervi cranici: paralisi congenita.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 19 Giugno 1922 Fasc. 25

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

EPIDEMIOLOGIA.

OSPEDALE DI SANTA MARIA NUOVA - REGGIO EMILIA (DIVISIONE MEDICA).

La diffusione della tubercolosi nelle campagne.

Prof. dott. ALBERTO FURNO
primario medico, libero docente.

Una delle constatazioni di carattere sanitario più gravi e più penose di questo torbido dopo guerra, è la generale maggiore diffusione della infezione tubercolare nelle campagne. Oso affrontare io non igienista ex professo, questo, ancora non sufficientemente trattato problema medico-sociale, perchè in realtà, abbiamo più occasione di osservare il fenomeno noi che stiamo a contatto degli ammalati, che non l'igienista puro. Questi, generalmente, raccoglie fatti statistici offertigli dalle statistiche di morbilità, e da esse trae le sue preziose deduzioni e conclusioni. Noi medici visitiamo una quantità di individui negli ospedali, negli ambulatori, a domicilio, e li troviamo affetti da svariate malattie tubercolari, gravi o incipienti, ossee o parenchimali, o delle sierose, donde traiamo conclusioni, anche numeriche, di gran lunga superiori a quelle che la statistica può offrire. La mancanza poi di una tassativa disposizione di legge che obblighi la denunzia delle varie forme di tubercolosi, sottrae all'igienista una massa enorme di cifre, che sarebbero per lui essenziali. È questa la ragione che non deve rendere discaro ai colleghi igienisti questa nostra intromissione in un campo che sembrerebbe esclusivamente loro. D'altra parte l'argomento riveste un carattere di così grande ed urgente interesse per cui è dovere di ognuno, che abbia fatti da esporre, di portarvi il contributo della propria esperienza e coltura. La diffusione della tubercolosi nelle campagne è stata avvisata in tutti i paesi a civiltà intensa e febbrile, e specialmente ora è oggetto di numerosi studi, alcuni purtroppo assai modesti e superficialissimi. Pure l'argomento è serio e assillante, specialmente per noi italiani, che abbiamo un tesoro di paese prevalentemente agricolo, in cui il contadino, con tutti i suoi difetti, è sempre il più valido produttore della nostra ricchezza sociale. Occuparci della salute sua, della salute della sua famiglia, in cui ogni elemento, anche fanciullo, è una forza lavoro che non viene dispersa, è un dovere di sano patriottismo oltre che un compito igienico indefettibile.

Avverto subito, che il fatto di cui siamo a trattare, non si è avverato solo in questi ul-

timi anni, nonostante la guerra; esso è già iniziato da oltre un decennio, pur avendo avuto, come vedremo, un grande impulso dalle condizioni particolari create dall'immane catastrofe europea; non apparisce da noi così spaventevole, come per esempio in Germania, ma è tale da far richiamare tutta l'attenzione di quanti si preoccupano della salute pubblica, e della floridezza della più numerosa classe di lavoratori italiani, attivi, tenaci produttori della nostra ricchezza.

È noto che, per lo più, si considera, e con ragione, la tubercolosi come malattia diffusibile, che segue il ritmo della civiltà industriale e cittadina: i grandi agglomeramenti urbani, l'affollamento, la concentrazione di operai nelle officine, non sempre igienicamente costrutte, adibiti ai più svariati lavori, tra i quali alcuni specificamente tubercolotizzanti, sono sempre coefficienti valutati di primo ordine rispetto alla propagazione del bacillo tubercolare. Invece si è sempre detto che il lavoro, all'aperto, all'aria balsamica dei campi, sotto il sole provvido, la tubercolosi non poteva avere ragione di allarmante diffusione. In realtà questa concezione è giusta e non può tuttora essere oppugnata minimamente. Però è giuocoforza ammettere che, nonostante questi vantaggi ambientali, la tubercolosi si diffonde tra le famiglie coloniche, ed in modo da creare perdite numerose e dolorose. Il ricercarne le cause, e il provvederne i rimedi, è appunto l'opera che ci prefiggiamo.

Ripeto che non è il caso di chiedere a troppe cifre l'appoggio autorevole che da esse promana; le statistiche sono utili quando sono precise e larghe di dati; non servono o servono male, quando sono incomplete o errate. Io mi sono accinto a farne ricerche sistematiche, sopratutto nel circondario di Imola e nella provincia di Reggio Emilia dove esercito la mia professione di medico ospitaliero, ma ho dovuto limitarmi a pochi dati, perchè non potevo averne di più e di meglio.

A questo proposito è bene subito affermare la necessità di organizzare nei comuni, da parte delle autorità competenti, un servizio statistico più preciso e perciò più completo; se si compulsano i registri dello stato civile si trovano tali inesattezze, che frustrano ogni buona volontà di indagine. Ad esempio, mentre si rileva assai facilmente la qualità di *colono*, per il maschio, non altrettanto si può avere per la femmina, che è classificata sia come *casalinga* o *attendente a casa*, o *massaia*, e per i fanciulli che vengono elencati sotto il nome di *scolari* o senza alcuna designazione. Dal punto di vista sociologico sono queste inesattezze gravi, perchè non si può altro che attraverso ricerche anagrafiche laboriosissime precisare la classe sociale donde questi individui provengono. È invece logico di raggruppare sotto la dizione *colono* o *colona*, qualunque individuo che appartenga alla grande famiglia dei coltivatori della terra, con le caratteristiche sociali ed economiche proprie di questa classe di lavoratori, non escludendone i fanciulli, anche se appena nati, poichè fin dall'inizio della loro vita traggono le qualità della loro specifica provenienza.

Un'altra difficoltà per la statistica è data dalle diagnosi mediche, che non sempre brillano per precisione e per chiarezza di eloquio, così che non si può con sicurezza su di esse ragionare: per esempio, scrivere che un soggetto è morto per *meningite*, non vuol dire che sia morto per *meningite tubercolare* piuttosto che *purulenta* o *sierosa* o *sifilitica* o *tifosa* o *meningococcica;* così pure quando si dichiara che uno è decesso in seguito a *peritonite*, non si può immaginare che sia morto di peritonite tubercolare e post-appendicitica o da perforazione, ecc. E così potrei continuare con altri esempi. Ora dovendo fare delle statistiche, queste si dovrebbero fondare sulla esattezza dei dati, che, come abbiamo veduto, per ora mancano, sopratutto nei comuni di campagna, che in questo particolare studio, più ci interessano.

Con molta pazienza, e limitandomi a quei comuni ove il servizio di stato civile è meglio organizzato; controllando, con l'aiuto di cortesi impiegati, nei registri di anagrafe, il genere di professione dei mariti, dei padri, dei decessi, sono riuscito a raccogliere cifre che ritengo di massima precisione; forse saranno scarse, ma in compenso sicure; altri, seguendo la mia iniziativa, potrà estendere in altre regioni d'Italia questa indagine, e vedremo se i dati concordano, e se il pericolo è ovunque così grave come io avverto qui.

Una delle osservazioni che da qualche anno più mi ha colpito, sia nel frequentare le corsie degli ospedali e delle cliniche, specialmente di Toscana, di Romagna e dell'Emilia, sia nel mio esercizio ospitaliero e privato, è stato il numero veramente impressionante di contadini, maschi e femmine, trovati affetti da malattie tubercolari. Mentre nel passato ciò rappresentava non dico una rarità, ma certamente un fatto molto frequente, oggi le corsie dei luoghi di cura abbondano di lavoratori dei campi di ambo i sessi, degenti per forme tubercolari le più svariate; come pure è un fatto incontestabile che, nelle visite di ambulato-

rio, una grande quantità di pazienti tubercolosi è data da soggetti provenienti dalle famiglie coloniche. Io traggo molti di questi miei giudizi dall'esperienza acquistata nella regione Emiliana, nell'Imolese e nel Reggiano; ma ho ragione di credere che essi possano essere estesi largamente in Italia.

Non esagero affermando che il 50 % dei malati visitati ambulatoriamente in tre anni ad Imola e a Reggio Emilia erano più o meno tubercolotici; e quando si pensi che i due terzi dei miei clienti erano sicuramente contadini, sarà facile valutare la estensione della tubercolosi fra essi. Si tratta spesso di forme incipienti dell'apice, in cui la diagnosi clinica di affezione polmonare si impone per il deperimento, la febbricciola, l'anemia, i disturbi gastrici, accompagnati sempre da reperti di bronco-alveolite uni- o bilaterali degli apici; in alcuni di questi casi non si ha che scarsa tosse senza escreato, per cui manca la conferma del reperto bacillare; ma in altri nello sputo si rinviene il bacillo di Koch; si osservano però anche forme gravi polmonari, caratterizzate da larghe distruzioni parenchimali, con emottisi, sputo abbondante, nummulare, ricco di bacilli di Koch, con febbri elevate, e marcato deperimento; ho veduto numerose forme di sierositi specifiche, pleuriti, peritoniti e polisierositi, ad andamento piuttosto benigno; discreto numero di forme ossee specie vertebrali; infine, sopratutto nei bambini, frequentissime meningiti tubercolari: tanto nell'Imolese che nel Reggiano, in questi anni, ho trovato un tal numero di meningiti tubercolari, quante non avevo mai vedute in parecchi anni di servizio clinico e ospitaliero a Firenze.

Il fatto impressionante e doloroso, notato tra i contadini, è la rapida diffusione e la gravità dell'infezione in certe loro famiglie; il fenomeno è certo spiegabile colle osservazioni del Sanarelli sull'evoluzione biologica della tubercolosi nella specie umana, ma è tale da far richiamare con preoccupazione il pensiero di noi medici italiani. Alcuni fatti da me personalmente osservati, varranno ad illustrare questi concetti.

Io ho conosciuto una famiglia di contadini nel Comune di Mordano (frazione di Bubano, fondo Cepparone) che ebbe due anni fa un giovane affetto da tubercolosi polmonare, morto dopo parecchi mesi di malattia; nell'inverno del 1920 fu condotto nel mio reparto dell'Ospedale Civile di Imola un suo fratello più giovane, con emottisi; migliorò un po' e volle ritornare a casa, dove dopo alcuni mesi morì; impressionata la famiglia volle che io visitassi tutti i componenti di essa e trovai: padre e madre sani, e dei sette figli, oltre i due già morti, altri tre affetti da broncoalveolite, ed una giovane sposa di uno degli ammalati già presentava anche lei dei fatti di infiltrazione tubercolare di un apice. Rintracciando l'origine di questa infezione famigliare, ho potuto assodare che uno dei figli tuttora vivente, ma ammalato (sputo positivo), fu granatiere durante la guerra, e contrasse una forma bronchiale per cui fu riformato, certamente tubercolare; questi infettò il fratello primo che, meno robusto, e perciò meno resistente, morì: in seguito si ebbero tutti gli altri trapianti.

Nel comune di Imola (frazione di Ponte Santo, fondo Sassetta) ho conosciuto un'altra famiglia, la cui storia è questa: Mario M., di anni 29, ritornò dalla guerra affetto da tubercolosi polmonare, e ben presto morì; a lui seguì la sorella Norma, di anni 20, morta nel settembre del 1919 per tubercolosi polmonare; inoltre trovai ammalati, sempre di tubercolosi polmonare: la sorella Maria, di anni 32, e due fratelli, Serafino, di anni 23, e Celso, di anni 15.

Tra le altre famiglie studiate, due presentavano un particolare interesse: nel Comune di Palazzuolo di Romagna (Provincia di Firenze) in una collina quanto mai pittoresca, sono due case coloniche distanti poco più di 200 metri l'una dall'altra: una chiamata Ghizzano, l'altra Ghizzanello; andato lassù per visitare una ragazza affetta da polisierosite tubercolare, potei raccogliere queste notizie di alto interesse epidemiologico: nel podere di Ghizzano abita una famiglia Ban. nella quale ritornò dalla prigionia e tubercoloso un giovane, cugino dell'altra famiglia Car. che abita nel podere Ghizzanello. Nella famiglia Ban. di Ghizzano il giovane morì il 26 gennaio 1919; poco dopo morì sua madre che lo aveva assistito; viveva superstite un altro giovane fratello, ma che da me visitato, fu trovato gravemente ammalato e lo ritengo morto.

Nella famiglia Car. di Ghizzanello, che trovai costituita di 10 persone adulte, non una sola di queste era immune da affezioni tubercolari.

Un'altra famiglia gravemente colpita è questa di Villa Serraglio (Conselice), nella quale ritornò un giovane, L. Battista, di anni 27, dal servizio militare nel settembre 1919, tubercoloso; quando raccoglievo queste note era internato nel Sanatorio di Budrio: una sua sorella, Augusta, di anni 33, è morta per tubercolosi polmonare nel luglio del 1920; e la spo-

sa del fratello Tommaso, Maz. Emilia, di anni 34, è affetta da tubercolosi polmonare.

Di queste notizie potrei darne ancora, raccolte tutte nelle campagne dell'Imolese o del Reggiano, in piano o sui colli, e sui bellissimi monti che le circondano.

Senza dubbio la guerra è stato un elemento largamente diffonditore di questa terribile malattia nelle campagne; studiato il fenomeno senza alcun preconcetto politico, si può affermare che esso era già iniziato prima della conflagrazione Europea, ma si è accentuato dopo, e ritengo che per qualche anno esso tenderà ancora ad aumentare.

Alcune cifre personalmente raccolte, varranno a corroborare questo mio asserto. Le mie ricerche si son dovute necessariamente limitare a pochi Comuni, perchè, come già avvertii, esse sono nè facili nè spesso possibili. Aiutato dal vice-ispettore dell'Ospedale di Imola, signor Bacchini, compulsammo i registri di mortalità di 10 annate dello Stato civile di Imola e di altri quattro Comuni di campagna dell'Imolese, e precisamente: Tossignano (i cui dati mi furono favoriti dal gentile collega dottor Paolo Sabbatani), Conselice, Dozza e Castel del Rio; inoltre ho esteso le mie indagini al Comune di Reggio Emilia, ed a quelli di Guastalla, Correggio, Bibbiano, Bagnolo in Piano.

Assai importanti furono i dati offerti dal Comune di Imola, che ha un centro cittadino e assai più vasta zona rappresentata dalle sue 24 frazioni in pianura e in collina; il Comune ha una popolazione di circa 37,000 abitanti, di cui metà contadini, e metà cittadini, artigiani, braccianti, ecc.

Io ho fatto ricerche sulla mortalità nel Comune di Imola nel quinquenio 1910-1914 e nel quinquennio 1916-1921 (escludendo il 1918), distiguendo la mortalità per affezioni non tubercolari da quelle per tutte le forme di tubercolosi, e facendo l'altra differenza tra abitanti non contadini (operai, artigiani, braccianti, possidenti), e appartenenti alle classi contadine.

Raccolgo in queste cifre i principali risultati ottenuti:

MORTALITÀ TOTALE.

Quinquennio 1910-1914.

Artigiani, operai, ecc.	N. 2536
Contadini	» 800
Totale . .	N. 3336

Quinquennio 1916-1921

Artigiani, operai, ecc.	N. 2593
Contadini	» 820
Totale . .	N. 3413

In complesso, un aumento di 177 nel quinquennio 1916-1921 di fronte a quello 1910-1914; questo aumento è a carico sopratutto dell'elemento non colonico: infatti mentre questo presenta la cifra di 57 morti di più del quinquennio precedente, i coloni hanno perdite maggiori in numero di 20.

MORTALITÀ PER TUBERCOLOSI.

Quinquennio 1910-1914.

Artigiani, operai, ecc.	N. 365
Contadini	» 110
Totale . .	N. 475

Quinquennio 1916-1921.

Artigiani, operai, ecc.	N. 335
Contadini	» 129
Totale . .	N. 464

La mortalità per tubercolosi nell'Imolese segna, come si vede, un confortante miglioramento, avendosi avuto nel quinquennio 1916-921 undici morti meno del quinquennio precedente; e in rapporto percentuale con la mortalità totale avendosi il 20.38 % di morti per tubercolosi nel quinquennio 1910-1914, mentre nel quinquennio successivo essi scesero al 13,20 %. Però è notevolissimo il fatto che tale diminuzione si è solo verificata nell'elemento non colonico; infatti non solo i contadini ebbero un aumento di ben 19 morti nel quinquennio 1916-1921, rispetto al precedente, ma fatte le proporzioni centesimali con il totale dei decessi si ha:

Nel quinquennio 1910-1914 la mortalità per tubercolosi è del 14.39 % della mortalità totale nei non coloni; nel quinquennio 1916-1921 è del 12.91 %. Tra i coloni invece si ha, che nel quinquennio 1910-1914 la mortalità per tubercolosi è del 13.75 % della mortalità totale, e nel quinquenio 1916-1921 essa resta al 15.73 %.

Una importante distinzione io ho creduto di dover fare rispetto alla mortalità così totale che per tubercolosi tra maschi e femmine; e ne spiego la ragione: io ritengo che una delle cause della diffusione della tubercolosi nelle campagne stia nella profonda decadenza dell'elemento femminile contadino; ora tale fenomeno doloroso, che si manifesta sia nelle cifre della mortalità totale, che in quella della tubercolare, è legato da una quantità di cause

che più avanti analizzeremo; per intanto valgano queste cifre probative:

TABELLA I.

	Mortalità per tubercolosi				Mortalità totale			
	contadini		non contadini		contadini		non contadini	
	donne	uomini	donne	uomini	donne	uomini	donne	uomini
Quinquennio 1910-1914	57	53	209	156	356	444	1274	1261
Quinquennio 1916-1921	69	60	188	147	401	419	1293	1302

Esaminata questa tabella, pur dovendo riconoscere che le cifre sono modeste, nondimeno si possono trarre interessanti conclusioni: sta di fatto che la mortalità per tubercolosi è maggiore sempre e per tutte le classi sociali, tra le femmine che tra i maschi; mentre tra le donne non contadine essa è diminuita nel quinquennio 1916-1921, tra le donne contadine essa è aumentata, ed è cresciuta più di quello che non sia avvenuto per gli uomini, tra i quali pure sono compresi molti tubercolotici di guerra venuti a morire a casa in seno alle loro famiglie.

Anche rispetto alla mortalità totale, nel quinquennio 1916-1921 le donne contadine, è vero, danno un contributo sempre un po' inferiore a quello degli uomini, ma mentre nel quinquennio precedente gli uomini superano per 88 il numero delle donne morte, nel quinquennio successivo lo superano solo di 18, avendosi il giuoco numerico opposto tra gli individui non contadini.

Riassumendo, nel Comune di Imola, anche statisticamente, si ha una prova dell'aumento delle affezioni tubercolari tra le classi coloniche, mentre un sensibile miglioramento, per lo meno nella mortalità, si è determinato tra le altre classi di cittadini; l'aumento notato tra i contadini è in gran parte a carico dell'elemento femminile.

Se passiamo a considerare altri piccoli comuni della campagna Imolese, ci sembra che in linea generale il fatto si ripeta. Io avrei voluto estendere le mie ricerche in un numero molto maggiore di municipi, ed anzi l'ho tentato; ma mi son trovato di fronte a difficoltà tali per cui debbo confessare che l'impresa era irrealizzabile; parte delle difficoltà le ho già enunciate nell'esposizione generale del piano di questo lavoro; di poi il mio trasferimento a Reggio Emilia, mi interruppe ogni ulteriore indagine. Ho compulsato i registri dello stato civile di quattro comuni posti in piano e in collina: Conselice, Tossignano, Castel del Rio, Dozza; data la piccolezza delle cifre non ho creduto di fare troppe distinzioni, limitandomi a raccogliere dati dimostrativi, ed eccone i più importanti:

A *Castel del Rio*, piccolo Comune tutto montagnoso, prevalentemente agricolo, nel quinquennio 1910-1914 si ebbero 9 morti tubercolosi, che salirono a 13 nel quinquennio 1916-1920.

A *Tossignano*, altro Comune piccolo di circa quattromila abitanti di cui la metà contadini, si ebbero nel quinquennio 1910-1914 n. 14 contadini morti per tubercolosi, su 17 non contadini; nel quinquennio 1916-1920 per tubercolosi morirono ben 26 contadini e 43 non contadini, quindi un aumento notevolissimo tra tutte le classi sociali indistintamente. Se si proporzionano poi le cifre della mortalità per tubercolosi alla mortalità totale, si hanno questi impressionantissimi risultati: nel quinquennio 1910-1914 la mortalità per tubercolosi tra i contadini fu del 12.79 % della mortalità totale, e dell'11.98 % tra popolazione non contadina; nel quinquennio 1916-1920 la mortalità per tubercolosi si elevò al 17.61 % della mortalità totale tra i coloni, e fino al 27.37 % tra gli altri.

A *Dozza*, comunello collinoso, prevalentemente agricolo, la mortalità per tubercolosi, che nel quinquennio 1910-1914 fu del 12.36 % della mortalità totale, nel successivo quinquennio 1916-1920 fu del 13.33 %.

A *Conselice*, comune del piano, la mortalità per tubercolosi fu sempre più alta tra i contadini che tra i non contadini; infatti nel quinquennio 1910-1914 morirono il 22.95 % della mortalità totale per tubercolosi tra i contadini, mentre tra i non contadini tale percentuale fu del 16.2 %. Nel quinquennio successivo si verificò una diminuzione generale di decessi per forme tubercolari; ma le cifre ci danno una mortalità del 19.7 % di tubercolosi tra i coloni e dell'11.5 % tra i non coloni; si verifica cioè una assai più forte diminuzione sempre tra i non coloni che tra gli altri.

Oltremodo dimostrative sono le cifre raccolte nel Comune di *Reggio Emilia*: esso è infatti costituito da ben 81.700 abitanti, distribuiti 23 mila circa in città, 58 mila nelle sue 27 ville. Comprende un grandissimo numero di cit-

tadini, artigiani, braccianti, benestanti, ed un altrettanto grandissimo numero di tipici contadini. Le ricerche furono condotte sui due quinquenni 1910-1914 (incluso) e 1916-1921 (incluso), avendo però evitato il 1918, che fu un anno troppo ricco di epidemie, sopratutto la influenzale, in cui perciò le cifre di mortalità dovevano necessariamente risentire della particolare condizione contingente.

Considerai tra i morti per tubercolosi, tutte le varie forme nelle quali questa malattia si presenta; e raccolsi cifre complessive, cioè di tutti i morti del Comune di Reggio, anche se provenienti da altri Comuni, perchè internati nel Manicomio, o nell'Ospedale civile o in altri Istituti: trattandosi di cifre comparative ben si comprende come, essendosi mantenute uguali le principali condizioni ambientali nei due quinquenni, questo mio metodo di osservazione non può soffrire di inesattezze.

Ed eccone i risultati:

MORTALITÀ TOTALE.

Quinquennio 1910-1914.

Non contadini	N. 5485
Contadini	» 2321
Totale . .	N. 7806

Quinquennio 1916-1921

Non contadini	N. 5964
Contadini	» 2522
Totale . .	N. 8486

Nel secondo quinquenio si hanno dunque 680 morti in più del quinquennio 1910-1914 rappresentati da 479 non contadini, e 201 contadini. Il fatto trova parziale spiegazione, nell'avere io considerato tra i non contadini i militari morti negli Ospedali militari nel biennio 1916-1917; resta però sempre incontestabile una maggiore mortalità tra i non contadini, che tra i contadini nel quinquennio 1916-1921.

MORTALITÀ PER TUBERCOLOSI.

Quinquennio 1910-1914.

Non contadini	N. 597
Contadini	» 176
Totale . .	N. 773

Quinquennio 1916-1921.

Non contadini.	N. 540
Contadini	» 305
Totale . .	N. 845

una differenza in più nel secondo quinquennio di 72 morti per tubercolosi, evidentemente dovuti ad una maggiore mortalità tra i contadini, che hanno perduto nel secondo quinquennio ben 126 individui in più, mentre tra i non contadini si è verificata una diminuzione di 57 decessi.

Ripetendo anche qui le comparazioni della mortalità per tubercolosi tra i maschi e le femmine, troviamo che nei contadini, pur avendosi un aumento nei due sessi, esso è sempre maggiore nelle donne; il fenomeno opposto si verifica tra i non contadini.

TABELLA II.

	Mortalita per tubercolosi				Mortalità totale			
	conta-dini		non conta-dini		conta-dini		non conta-dini	
	uomini	donne	uomini	donne	uomini	donne	uomini	donne
Quinquennio 1910-1914	71	105	317	280	1017	1128	2795	2093
Quinquennio 1916-1921	117	188	300	240	1057	1160	3229	2195

Riportando ora a cento, le nostre cifre complessive si ha: nel quinquennio 1910-1914 la mortalità per tubercolosi è del 9.90 % della mortalità totale; nel quinquennio 1916-1921 resta su per giù la stessa poichè infatti è del 9. 97 %. Le cifre divengono però interessanti, facendo le comparazioni percentuali tra la mortalità per tubercolosi tra i contadini e i non contadini: nel quinquennio 1910-1914 la mortalità per tubercolosi è del 7.58 % della mortalità totale tra i coloni, mentre è del 10.88 % tra i non coloni; nel quinquennio 1916-1921 sale tra i coloni al 12.09 %, e discende tra i non coloni al 9.07 %: le differenze sono abbastanza evidenti!

Il *Comune di Correggio*, di 19.300 abitanti (ultimo censimento) di cui oltre la metà contadini, mi permise di raccogliere le seguenti cifre:

MORTALITÀ TOTALE.

Quinquennio 1910-1914.

Non contadini	N. 995
Contadini	» 726
Totale . .	N. 1721

Quinquennio 1916-1921 (escluso il 1918).

Non contadini . . . . » 836
Contadini . . . . » 684

Totale . . N. 1520

Si constata una differenza di 201 decessi in meno del quinquennio ultimo rispetto a quello 1910-1914, sopratutto dovuti alla diminuita mortalità tra i non contadini. Inoltre si deve osservare che mentre nel 2° quinquennio si è constatata una notevole diminuzione di morti contadini maschi, si è invece osservato un aumento considerevole nella mortalità tra le contadine; tra i non contadini questa differenza non è stata notata.

MORTALITÀ PER TUBERCOLOSI.

Quinquennio 1910-1914.

Non contadini . . . . N. 89
Contadini . . . . » 48

Totale . . N. 137

Quinquennio 1916-1921 (escluso il 1918).

Non contadini . . . . N. 77
Contadini . . . . » 70

Totale . . N. 147

Si constata una differenza in più di 10 decessi nel 2° quinquennio, esclusivamente dovuta all'aumentata mortalità per tubercolosi tra i contadini, che ebbero infatti 22 morti in più nel quinquennio ultimo, rispetto al precedente, mentre nei non contadini si verificarono 12 decessi meno nell'ultimo quinquennio. Anche a Correggio si ripete il fenomeno della maggiore mortalità tra le donne per tubercolosi, e sopratutto delle donne contadine, come risulta dalla

TABELLA III.

	Mortalità per tubercolosi				Mortalità totale			
	contadini		non contadini		contadini		non contadini	
	uomini	donne	uomini	donne	uomini	donne	uomini	donne
Quinquennio 1910-1914	18	20	45	44	380	298	507	399
Quinquennio 1916-1921	22	48	38	41	313	301	413	346

Riportando a cento le cifre della mortalità per tubercolosi rispetto alla mortalità totale, nel Comune di *Correggio* si ha:

Nel quinquennio 1910-1914 la mortalità complessiva per tubercolosi è del 7.99 % della mortalità totale; nel quinquennio successivo si eleva al 9.66 %; l'aumento pur non essendo grandissimo è sempre notevole!

Comparando la mortalità percentuale da tubercolosi tra contadini e non contadini, rispetto alla totale si ha: nel quinquennio 1910-1914 muoiono di tubercolosi il 6.61 % tra i contadini; nel quinquennio 1916-1921 tale mortalità sale sempre nei contadini al 10.23 %; tra i non contadini si verifica pure un aumento, ma assai più modesto: infatti nel quinquennio 1910-14 si trova una mortalità per tubercolosi dell'8.94 per cento sulla totale, mentre nel 1916-1921 essa è del 9.21 %.

A *Guastalla*, comune di circa 13,000 abitanti, di cui la metà certamente contadina, ho raccolto le seguenti cifre:

MORTALITÀ TOTALE.

Quinquennio 1910-1914.

Non contadini . . . . N. 614
Contadini . . . . » 518

Totale . . N. 1132

Quinquennio 1916-1921.

Non contadini . . . . N. 546
Contadini . . . . » 488

Totale . . N. 1034

Si ha una differenza di 88 decessi meno nell'ultimo quinquennio, dovuto ad una riduzione nella mortalità tanto nei contadini che nei non contadini.

A Guastalla si verifica anche il fatto, altrove non constatato, di una diminuzione della mortalità totale nelle donne contadine, nell'ultimo quinquennio rispetto a quello 1910-1914.

MORTALITÀ PER TUBERCOLOSI.

Quinquennio 1910-1914.

Non contadini . . . . N. 86
Contadini . . . . » 42

Totale . . N. 128

Quinquennio 1916-1921

Non contadini . . . . N. 62
Contadini . . . . » 62

Totale . . N. 124

Nel Comune di Guastalla la tubercolosi è dunque leggermente diminuita; però il fenomeno della diffusione di questa malattia tra i contadini ha quì ancora la sua documentazione: infatti nel quinquennio 1916-1921 si hanno tra i contadini 20 decessi in più del quinquennio precedente; mentre 24 decessi in meno si verificano tra i non contadini. Se poi ci riportiamo a cifre centesimali comparative tra la mortalità totale e mortalità per tubercolosi, allora si hanno queste cifre assai importanti; mentre nel quinquennio 1910-1914 su 100 decessi si hanno 11.30 morti per tubercolosi, nel quinquennio successivo tale cifra percentuale è dell'11.65, cioè non varia, perchè con una diminuzione di morti per tubercolosi, coincide anche un notevole abbassamento nella cifra dei decessi in toto. Se compariamo inoltre la percentuale dei contadini morti tubercolosi, in rapporto a tutti i loro morti anche per altre malatttie, si ha: nel quinquennio 1910-1914 muoiono di tubercolosi l'8.08 %, mentre questa cifra sale all'11.97 % nel quinquennio successivo. Tra i non contadini le cifre percentuali corrispondenti sono invece queste: 14.01 % nel quinquennio 1910-1914, e 11.35 % nel quinquennio successivo.

Passando a considerare i due piccoli Comuni del Reggiano, nei quali abbiamo potuto indagare possiamo concludere:

A *Bagnolo in Piano* la mortalità complessiva per tubercolosi che nel quinquennio 1910-1914 fu di 27 decessi, si elevò a 40 nel quinquennio 1916-1921, avendosi un aumento di 10 decessi tra i contadini, e di soli 3 tra i non contadini. Riportandoci a cifre centesimali le differenze sono anche più evidenti; nel quinquennio 1910-1914 la mortalità per tubercolosi tra i contadini è del 7.80 % della totale; nel 1916-1921 sale al 13.37 %; tra i non contadini muoiono di tubercolosi il 7.29 % nel quinquennio primo e 9.24 % nel quinquennio secondo: un aumento come si vede assai più modesto di quello verificato tra i contadini!

A *Bibbiano*, piccolo Comune sulle colline reggiane, la mortalità per tubercolosi ha segnato nel quinquennio 1916-1921 una sensibile diminuzione; infatti da 54 decessi avuti nel quinquennio 1910-1914 scesero a 49 nel quinquennio successivo; ed anche la mortalità totale risentì un evidente miglioramento, in quanto si ebbero nel 1° quinquennio 546 morti, mentre nel 2° furono solo 426, con la notevole differenza di 120 decessi in meno. Però il constatato miglioramento fu solo a beneficio dei non contadini, mentre le classi coloniche mantennero su per giù le stesse cifre di mortalità totale, ed elevarono quelle per tubercolosi. Infatti:

MORTALITÀ TOTALE.

Quinquennio 1910-1914.

Non contadini	N. 308
Contadini	» 238
Totale . .	N. 546

Quinquennio 1916-1921.

Non contadini	N. 203
Contadini	» 223
Totale . .	N. 426

MORTALITÀ PER TUBERCOLOSI.

Quinquennio 1910-1914.

Non contadini	N. 35
Contadini	» 19
Totale . .	N. 54

Quinquennio 1916-1921.

Non contadini	N. 20
Contadini	» 29
Totale . .	N. 49

Da queste cifre vengono chiare le conclusioni già tratte; le classi coloniche hanno avuto per tubercolosi un numero di morti non solo maggiore nel secondo quinquennio del primo, ma hanno superato la cifra dei non contadini. Naturalmente le cifre percentuali sono anche più dimostrative; nel quinquennio 1910-1914 morirono per tubercolosi l'11.36 % della mortalità totale tra i non contadini, e scese tale cifra al 9.85 % nel quinquennio successivo; tra i contadini si ebbe invece l'8.02 % nel quinquennio 1910-1914, e il 13 % nel quinquennio successivo!

(*Continua*).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA
Divisione Chirurgica III
diretta dal Primario prof. G. VELO.

Un caso assai dimostrativo di gravidanza extrauterina tubarica stabilitasi in salpinge affetta da infezione gonococcica cronica (1).

Dott. STEFANO LUSSANA, assistente.

Il caso che riferisco è interessante non per il fatto in sè stesso della gravidanza tubarica che è relativamente frequente, ma perchè l'arresto della progressione dell'ovicino fecondato e la sua fissazione e sviluppo erano avvenuti in una salpinge cronicamente affetta da infezione gonococcica, dimostrando così ad evidenza quale sia stato nel caso concreto il movente eziologico dell'ectopica inserzione ovulare.

È una donna maritata (2), di 26 anni, che è entrata in Div. Chir. III il 10 febbraio corrente anno. Ha avuto un parto regolare quattr'anni fa. Un anno fa ha sofferto di salpingite gonococcica bilaterale, che si è risolta dopo quasi tre mesi di cura.

Le mestruazioni seguirono regolarmente fino all'ultima, avutasi verso la metà del dicembre u. s. In seguito fu amenorroica fino al 22 gennaio quando accusò dolori al basso ventre e perdita di sangue dai genitali. Curata a domicilio, cessò presto l'emorragia lieve ed il dolore, e la salpinge destra, grossa quanto un mandarino, si ridusse un po' di volume, e la p lasciò il letto.

Il 10 febbraio, giorno del suo ingresso, venne colta nelle prime ore del pomeriggio da acuto, repentino dolore al lato destro del basso ventre, seguito subito da deliquio e vomito.

Per questa acuta sintomatologia venne fatta ricoverare d'urgenza nella nostra Divisione.

È entrata in condizioni generali alquanto risollevate dalla brusca crisi sofferta. Temperatura 36°.5. Polso sostenuto di 96 battute, 20 respiri, non più vomito, mai singhiozzo. L'addome era contratto in forte difesa muscolare, spontaneamente dolente ai quadranti inferiori; il respiro prevalentemente toracico. L'aia epatica e splenica erano normali, non vi era distensione meteorica dell'intestino, non presenza di versamento libero endoperitoneale.

Palpando il basso ventre si avvertiva in corrispondenza della fossa iliaca destra una intumescenza assai dolente, immobile, a limiti poco netti, delle dimensioni di un grosso arancio, di media consistenza, addossata e confusa sulla linea mediana col fondo dell'utero che era alquanto spostato a sinistra ed ingrossato così da sporgere un poco dal pube.

(1) Comunicazione fatta all'Adunanza scientifica del 30 aprile 1922 nell'Ospedale Civile di Venezia.

(2) S. Adele, n. 1288 della cedola di accettazione.

Alla fossa iliaca sinistra si palpava pure una tumescenza ovoidale, allungata obliquamente in sede di annessi, delle dimensioni di un piccolo uovo, quasi immobile, pure dolente alla pressione, a limiti più precisi dell'altra e di maggior consistenza.

La percussione su tali zone di resistenza bilaterali dava suono quasi ottuso abbastanza bene circoscritto. Non v'era perdita ematica dai genitali.

L'esplorazione digito-vaginale faceva rilevare il fornice posteriore prominente in basso, il Douglas ripieno, disteso da una resistenza molliccia, quale si ha nell'ematocele retrouterino di Nélaton; la cervice ed il corpo uterino alquanto rammollito, ingrandito, dislocato in alto ed in avanti, avvolto al suo lato destro dalla tumefazione suddescritta palpata attraverso la parete addominale.

Raccolti i sintomi principali:

1° pregressa ovarosalpingite gonococcica;

2° amenorrea da circa 8 settimane, interrotta da emorragia transitoria e lieve verificatasi in 5ª settimana con dolori e tumefazione della tuba di destra;

3° dolore acuto repentino insorto poche ore prima in sede di annessi di destra, con fenomeni generali riflessi e peritonismo;

4° i rilievi precisi dell'esame obbiettivo, che non starò a ripetere.

Venne formulata diagnosi di rottura di gravidanza tubarica destra in secondo mese, stabilitasi in salpinge lesa da pregresso processo gonococcico, attualmente riacutizzato negli annessi di sinistra.

Considerate le condizioni generali buone della p., il polso valido, la mancanza di emoperitoneo libero, l'assenza insomma di sintomi di anemia acuta per il persistere dell'emorragia interna, anzi l'indizio dell'iniziale processo di coagulazione dello stravaso, si giudicò di poter ritardare impunemente l'intervento chirurgico e si applicò vescica di ghiaccio sul ventre della p.

L'operazione venne eseguita il mattino successivo dal Primario prof. Velo, da me assistito.

La p., che aveva passato una notte tranquilla senza la ricomparsa di alcun fenomeno inquietante, venne laparotomizzata. Si trovò voluminoso ematoma coagulato retro-latero uterino destro, da rottura di gravidanza tubarica istmica destra, in salpinge retroflessa e fissata nel Douglas da aderenze di vecchia data. Limitavano anteriormente e superiormente il focolaio emorragico aderenze fibrinose recenti tra il fondo dell'utero, spostato a sinistra, l'intestino tenue e l'ematocele peritubarico (come Saenger ha battezzato la condizione anatomica determinata dall'ispessimento dei coaguli concentricamente alla tuba gravida rotta, avvenuto in conseguenza delle accennate aderenze).

Posteriormente invece esistevano aderenze organizzate, ma non antiche, fra le pareti della sacca, la faccia posteriore dell'utero e quella anteriore del sigma retto, stabilitesi probabilmente quando circa una ventina di giorni prima la p. aveva accusato dolore forte al basso ventre e perdite sanguigne dai genitali, fat-

ti che a mio modo di vedere debbono essere interpretati come l'espressione della prima emorragia verificatasi nell'interno della sacca tubarica, senza rottura della stessa, ma con scarico invece attraverso la cavità uterina. Emorragia che, ripetutasi il dì prima, aveva determinata la brusca, eccessiva distensione delle assottigliate pareti della salpinge gravida, e la sua conseguente rottura.

La breccia di rottura era piccola e rivolta verso il Douglas, che era ampiamente disteso da un ammasso di sangue coagulato.

L'ovaio e la tuba di sinistra, addossati e parzialmente aderenti alla fossa iliaca interna, erano ingrossati ed infiammati.

Liberate le aderenze, venne sollevato l'ematocele peritubarico enucleandolo dal Douglas, che fu vuotato dalla massa di coaguli, e si procedette all'asportazione della sacca praticando l'ovaro-salpingectomia destra.

A sinistra pure, data la riacutizzazione flogistica degli annessi, si eseguì l'ovaro-salpingectomia.

L'utero invece venne conservato.

L'atto operativo fu completato da raschiamento delle deposizioni fibrinose nel Douglas, detersione della cavità, zaffo alla Mickulicz e sutura parziale a strati della parete facendo sporgere il drenaggio.

L'esistenza della gravidanza tubarica ci venne poi confermata dall'esame istologico della sacca asportata. Il decorso postoperatorio fu regolarissimo, la cavità lasciata dallo zaffo andò rapidamente colmandosi, e la p. lasciò l'ospedale il 25 marzo, dopo cioè 42 giorni dall'intervento, in ottime condizioni, avendo anzi avuto un regolare flusso mestruale.

Non voglio entrare in discussioni sulla questione ancor imprecisata e dibattuta delle anomalie tubariche capaci di disturbare il regolare meccanismo di progressione dell'ovulo, cagionandone l'annidazione extrauterina.

Ricorderò solo sommariamente le induzioni causali con le quali si volle spiegare il fenomeno:

1° I processi infiammatorî del peritoneo pelvico che, per le aderenze e briglie che producono, possono cagionare inflessioni e strozzamenti del lume tubarico sorpassabili dai microscopici nemaspermi coi loro energici movimenti di translazione, ma non dall'ovicino fecondato, in confronto voluminoso, che vi resta barricato.

2° La perdita delle ciglia vibratili degli epiteli delle trombe, la tumefazione dell'endosalpinge, la sinfisi di pieghe della stessa, le proliferazioni glandolari in grembo alla muscolare, con formazione di cavità o diverticoli a fondo cieco, conseguenti a processi infiammatorî gonorroici o d'altra natura, divenuti cronici. L'ovicino non più spinto dal movimento vibratile delle ciglia s'arresta o può incappare nelle anfrattuosità suddette.

3° L'ipoplasia congenita delle salpingi, che, arrestate nello sviluppo ad uno stadio fetale od infantile (come si è osservato avvenire al pari dell'utero), conservano le numerose inflessioni tortuose proprie di quello stadio, movente eziologico posto in evidenza dagli studi di W. A. Freund.

4° L'influenza che commozioni psichiche, od orgasmi sessuali nei giorni successivi al concepimento, possono avere nel determinare crampi e movimenti antiperistaltici della muscolatura delle tube con conseguente ostacolo alla migrazione dell'ovulo nella cavità uterina.

5° La possibile migrazione dell'ovulo, dopo la deiscenza dal suo follicolo, attraverso la cavità addominale, dimostrata da Sippel, il quale osservò casi di gravidanza tubarica in cui il corpo luteo si trovava nell'ovaia del lato opposto alla salpinge colpita. L'ovulo nel lungo cammino fatto progredisce tanto nel suo sviluppo da riuscire troppo voluminoso per poter avanzare attraverso le pieghe dello stretto lume tubarico e diviene troppo pesante per poter essere spinto dalle ciglia.

Com'è evidente, ognuna singolarmente di tali spiegazioni può calzare in casi singoli, ma nessuna si adatta a tutti come l'osservazione clinica fatta durante gl'interventi operativi, coadiuvata dagli esami anatomici, ha dimostrato.

Nel caso particolare la donna aveva avuto quattr'anni prima una gravidanza normale, aveva poi sofferto di salpingite gonococcica bilaterale durata alcuni mesi, con quali reliquati anatomici delle sue tube è facile immaginare, e ce ne informarono all'atto operativo le aderenze di vecchia data che mantenevano la salpinge destra, gravida, retroflessa e fissata nel Douglas.

L'ovicino fecondato ha trovato evidentemente in questo caso due condizioni anatomiche, conseguenti alla pregressa affezione gonococcica della tuba, che si opponevano alla sua normale progressione verso la cavità uterina:

1° le aderenze peritoneali suddette che retroflettevano la salpinge verso il Douglas strozzandola nel suo lume.

2° La perdita delle ciglia vibratili da parte dell'epitelio della tromba stessa, oltre all'ispessimento della sottomucosa che ne strozzava il lume.

Difatti, l'esame istologico della tuba destra fece rilevare una parete assottigliata, percorsa da vasi assai numerosi; *scarse villosità della mucosa residuate qua e là;* disseminio di grosse cellule sinciziali sulla superficie interna; mentre l'esame della tuba sinistra, che del

processo gonococcico conservava nelle sue pareti, non alterate dall'installarsi della gravidanza, gli esiti presumibilmente simili a quelli presentati dalla salpinge destra al momento della fecondazione dell'ovulo, metteva in evidenza l'ispessimento della sua parete specialmente a carico del tessuto fibroso iperplastico che circondava e strozzava la mucosa con infiltrazioni di leucociti polimorfo e rotondo cellulari nelle immediate adiacenze dell'epitelio.

Il reperto di tali esami istologici non ha fatto che convalidare in questo caso il nesso eziologico fra gli esiti della pregressa salpingite gonococcica e la sopravvenuta gravidanza tubarica, ciò che già il concetto diagnostico aveva prospettato, e la constatazione all atto operativo ha posto in evidenza.

Venezia, aprile 1922.

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA.

GOEBEN. *Beitr. z. Anat. u. Aetiologie d. Grav. tubaria.* (Arch. f. Gyn., 55).
FREUND W. A. *Ueber d. Indic. z. operat. Beh. d. erkrankten Tuben.* (Volk. Sammlung Klin. Vortr., 323).
LAURO. *Contrib. all'et. e cura chir. dell'ematocele retrouterino, Contrib. all'et. e cura chir. dell'ematocele retrouterino.* (Atti R. Acc. Med. Chir. Napoli, 1895).
PESTALOZZA. *Sull'etiol. della gravid. extraut.* (Acc. Med. Fis. Fiorent., 1900).
PETERSEN. *Studien über die Pathogenese d. Tubenschwangerschaft u. die tubare Eieinbettung.* Diss. Hopenhagen, 1900).
RONCAGLIA. *Sull'etiol. della gravid. tubarica,* 1902.
SAENGER. *Ueber solitäre Hämatocelen und deren Organisation.* (Verh. deutsch. Ges f. Gyn. 5, 1893).
SIPPEL. *Ueber aüssere Ueberwanderung d. Eies, deciduale Reaktion der Tube u. Tubenschwangerschaft.* (Ctbl. g. Gyn., 1901).
TRETTENERO. *Della grav. tubarica.* (Tesi di lib. docenza. Tip. Prosperini, Padova, 1897).
HELLENDALL. *A sign of extrauterine pregnancy.* (Med. Review, gennaio 1922).
MORANDI. *Sopra un caso interessante di gravidanza extrauterina tubarica al quinto mese.* (Il Policlinico, Sezione Pratica, fasc. 15, 1922).

Alcune considerazioni su due miomectomie in utero gravido.

Prof. dott. LUCA FIORAVANTI
Chirurgo primario dell'Ospedale di Orbetello.

Nei casi di fibroma o di fibromi dell'utero complicanti la gravidanza non si deve ammettere l'intervento chirurgico come regola assoluta: ma non se ne deve prorogare di un solo giorno l'attuazione ogni volta che insorgano sintomi tali da denotare la presenza di complicanze capaci di compromettere la vita della madre.

A me è accaduto di dover intervenire in due donne gravide rispettivamente al sesto e al secondo mese per asportare con una miomectomia semplice e miomoenucleazione in un caso e con una miomectomia semplice nell'altro dei fibromi che per le alterazioni degenerative subite avevano già determinato fatti preoccupanti di irritazione peritoneale. Desidero ricordarli non solo per il risultato ottimo dell'intervento anche in rapporto alla normale prosecuzione della gravidanza, ma anche per alcune considerazioni anatomo-patologiche e cliniche.

CASO I. — M. Teresa, di anni 33, di Capalbio, entra in ospedale il 12 aprile 1915. Il padre è morto di polmonite: la madre è vivente e sana. Ha una sola sorella maggiore di lei per età, maritata e sana: ha avuto la prima mestruazione a tredici anni: le successive sempre regolari per tempo ma sempre abbondanti ed abbondantissime negli ultimi anni. Si è maritata tre anni fa ad uomo sano ma non ha avuto mai gravidanze prima dell'attuale. Circa un anno fa, impressionata dall'eccessivo prolungarsi e dall'abbondanza delle mestruazioni venne a farsi visitare da me e ricordo di aver constatato un tumore ipogastrico sferico, assai mobile, in connessione evidente coll'utero e che a me fece l'impressione di un fibroma sottosieroso peduncolato di questo organo. La consigliai di restare in Ospedale per le ulteriori indagini diagnostiche e, se del caso, per la cura chirurgica. Non volle saperne e se ne ritornò a casa.

Da sei mesi è amenorroica ed ha disturbi caratteristici di gravidanza. È stata sempre discretamente bene fino a cinque giorni fa da che sono incominciati dolori vivissimi all'ipogastrio, che si sono diffusi a tutto l'addome, il quale è divenuto sensibilmente meteorico. Ha avuti conati di vomito e da due giorni è comparso un rialzo febbrile oscillante fra i 37°.5 e 38°. Ha emesso gas dall'alvo ma non feci.

L'ammalata, che si presenta in condizioni generali soddisfacenti, non presenta nulla di anormale a carico dell'apparato circolatorio e respiratorio. Le urine sono di quantità, di apparenza e di composizione normali.

L'addome è aumentato di volume sopratutto per la presenza di due tumefazioni che appaiono separate fra loro da un solco. La inferiore sorpassa appena la linea ombellicale trasversa: è di superficie regolare e di consistenza molle; la sovrastante raggiunge l'ipocondrio di destra, ha il volume della testa di un feto a termine, forma rotondeggiante, superficie regolare, consistenza fibrosa ed è discretamente mobile sopratutto in senso laterale. La palpazione profonda esercitata su di essa suscita dolore vivissimo mentre la tumefazione inferiore è poco sensibile alla pressione. L'ascoltazione su di questa permette di rilevare il doppio battito fetale ed ai suoi lati il soffio uterino.

I genitali esterni sono di nullipara e sono evidenti i caratteri gravidici. L'esplorazione vaginale, oltrechè il rammollimento del collo uterino, permette di identificare nell'utero gra-

vido la tumefazione ipogastrica, ossia l'inferiore delle due apprezzate all'esame esterno. Permette anche di rilevare la connessione dell'utero gravido colla tumefazione superiore per la trasmissione a quello dei movimenti impressi a questa.

Colla diagnosi di probabile torsione di peduncolo di un fibroma sottosieroso in utero gravido mi decido per l'intervento che viene senz'altro accettato. Previa anestesia lombare novocainica pratico la laparotomia mediana sottombellicale e trovo il tumore coperto da scarse aderenze omentali ed intestinali facilmente distaccabili. Appare connesso mediante un peduncolo breve e largo con il fondo dell'utero gravido sulla cui faccia anteriore noto un altro fibroma sottosieroso sessile del volume di un uovo di piccione. Dopo applicato un Klemmer escido il fibroma peduncolato in vicinanza dell'utero, sostituisco alla pinza qualche allacciatura ed eseguo sulla ferita uterina corrispondente al punto di inserzione del fibroma due piani di sutura, uno sieromuscolare e uno siero-sieroso. Mediante incisione ellittica escido poi senza difficoltà il fibroma sessile della parete anteriore dell'utero. La emorragia assai moderata determinata dall'escissione viene dominata con la sutura, quindi, dopo accurata toilette della cavità peritoneale, completo l'operazione colla chiusura a tre strati delle pareti addominali.

Il decorso post-operatorio fu ottimo e nulla venne a turbare la normale prosecuzione della gravidanza.

Il fibromioma peduncolato asportato aveva il peso di 920 grammi. Sezionato a tutto spessore presenta nelle sue parti periferiche una apparenza nettamente fibro-miomatosa mentre nel centro appare una zona di rammollimento necrotico rappresentato da una cavità irregolare racchiudente un liquido rossiccio torbido con brandelli di tessuto necrotico. L'esame batteriologico di esso risulta negativo. Il tumore sessile asportato dalla faccia anteriore dell'utero ha i caratteri tipici di un fibro-mioma.

CASO II. — S. Giulia, di anni 34, dell'Isola del Giglio, entra in ospedale il 10 agosto 1921.

Non ha nulla di notevole nei precedenti ereditari. Mestruata a 15 anni ha avuto sempre mestruazioni piuttosto frequenti per tempo e abbondanti per quantità. Maritata a 31 anno ad uomo sano non ha avuto fino ad oggi che un aborto. Nessuna malattia degna di nota.

Da due mesi è amenorroica ed accusa qualche fenomeno simpatico di gravidanza. Una settimana fa preceduto da violenti dolori ipogastrici a tipo colico ebbe un leggero stillicidio di sangue dalla vagina accompagnato da stimolo frequente alla minzione. Fu visitata da un medico che, ritenendo trattarsi di minaccia di aborto, consigliò riposo a letto ed applicazioni locali di ghiaccio. Tutto si calmò in poche ore residuando solo una sensibilità dolorifica alla pressione alla regione ipogastrica ed iliaca di destra. Due giorni fa però è tornato il dolore nella stessa sede e con gli identici caratteri, il ventre si è fatto tumido, la minzione difficilissima e la temperatura ha raggiunto i 38°. L'ammalata impressionata dal ripetersi di questi fatti ha deciso di ricoverare nell'ospedale.

Al momento del suo ingresso la temperatura è a 37° e le pulsazioni 96: le condizioni generali soddisfacenti. Si lamenta di un dolore diffuso all'addome che si accentua alla pressione, la quale è addirittura intollerabile nella regione ipogastrica ed iliaca destra.

L'addome è uniformemente meteorico e la palpazione nella regione iliaca destra lascia apprezzare una tumefazione della grossezza di un pugno, di consistenza elastica, di superficie liscia e poco mobile. L'esplorazione vaginale è dolorosa e permette di constatare la connessione della tumefazione coll'utero, che è voluminoso, molle e deviato verso sinistra. Il suo collo è rammollito.

Ho il sospetto diagnostico di un ematocele consecutivo ad aborto tubarico destro e consiglio l'operazione, che viene accettata.

Previa anestesia lombare novocainica eseguo la laparotomia mediana sotto-ombellicale e scopro l'utero di aspetto gravidico alla cui faccia antero-laterale destra è congiunto, mediante un breve peduncolo, un tumore coi caratteri di un fibroma, di colorito violaceo e coperto di false membrane fibrinose. Eseguo la sua asportazione e suturo con due piani, sieromuscolare e siero-sieroso, la ferita prodottasi sull'utero. Dopo un'accurata toilette della cavità peritoneale e dopo un drenaggio alla Mikulicz suturo parzialmente a tre piani le pareti addominali.

Il decorso si mantiene agitato nei primi due giorni per la persistenza di sintomi di reazione peritoneale, poi tutto si regolarizza e la febbre scompare completamente. La gravidanza continua il suo corso e l'ammalata lascia l'ospedale guarita dopo 35 giorni.

Il fibroma, che pesa 280 grammi, ha colorito violaceo ed in sezione in pochi punti conserva la struttura integrale del fibroma mentre nella quasi totalità presenta tutte le caratteristiche di una degenerazione necrotica più o meno avanzata. In vicinanza del polo opposto a quello d'inserzione sull'utero si ha un focolaio di vero disfacimento. L'esame batteriologico di questo prodotto riesce negativo.

Nei tempi passati si aveva non solo riguardo ma paura di praticare qualsiasi intervento ginecologico durante la gravidanza, perchè si riteneva che la tolleranza dell'utero di fronte agli stimoli meccanici fosse assolutamente negativa. Ci siamo persuasi che questa esagerata eccitabilità era soltanto nell'immaginazione quando si son visti coronati da successo gl'interventi ginecologici più arditi ed importanti come la ovariotomia e la miomectomia anche se praticata sul collo dell'utero che veniva designato per la zona di maggiore eccitabilità. Ed a poco a poco sulla base di una continuata esperienza pratica le idee si sono cambiate, invertite, ed al concetto dell'intolleranza dell'utero gravido di fronte agl'interventi chirurgici è subentrato quello dell'eccessiva, dell'esagerata tolleranza. A sua dimo-

strazione e conferma si son andati via via ricordando casi di particolare interesse, come quelli di Emmet (1901), Dowaes, West (1901), nei quali erano stati asportati rispettivamente 9, 11, 16 nodi miomatosi, e quelli di Mackenrodt, Vjder, Fries (1912), Gottschalk (1913) in cui durante l'operazione era stata aperta la cavità uterina e messa a nudo la decidua, senza che la gravidanza si interrompesse. Sorgeva intanto e si acuiva rapidamente la discussione sulle cause di questa particolare esagerata tolleranza, e mentre Guicciardi cercava di considerarla come conseguenza dell'azione sedativa sull'eccitabilità uterina delle tossine di origine oculare che intossicano normalmente la donna gravida, Alfieri dimostrava il contrasto esistente tra questa teoria tossica e la quotidiana constatazione clinica d'interruzioni abortive o premature di gravidanza per effetto di intossicazioni varie sia di origine batterica, che di origine chimica, od anche di origine schiettamente ovulare. A me pare che sia logico pensare che in passato si sia attribuito agli stimoli meccanici quello che invece avrebbe dovuto attribuirsi ad altri elementi perturbatori accompagnanti il trauma operatorio e soprattutto alla sepsi, alle emorragie e ai difetti di tecnica. Infatti l'idea dell'intolleranza dell'utero gravido di fronte agli stimoli operatorii è andata dileguandosi ed i risultati in rapporto alla prosecuzione della gravidanza si sono resi sempre migliori via via che le norme della sepsi e della antisepsi si sono divulgate e perfezionate e via via che si è semplificata la tecnica operatoria.

Che anche le miomectomie abbiano partecipato a questo miglioramento ne è prova evidente il confronto tra le statistiche meno recenti, come quelle del Pestalozza (1890) che davano una mortalità delle ammalate pari al 27 % e di interruzione di gravidanza pari al 30 %, con quelle più recenti del Basso (1904), Olshausen (1907), Carsten (1909), Troell (1910), Lauden, Fontaine (1914), che dànno una mortalità media materna di circa l'8 % e di interruzione di gravidanza del 20 % circa.

Questi resultati sono indubbiamente assai confortanti se si considera che i casi che oggi vengono sottoposti ad intervento chirurgico sono quelli più complicati e pericolosi per la vita della madre. Il comportarsi diversamente intervenendo sistematicamente in gravidanza per la semplice constatazione di un fibroma sarebbe un errore: statistiche autorevoli (Glarner, Pinard, Lindquist) dimostrano come una vigile e prudente aspettativa, che non escluda la opportunità e la necessità dell'intervento in caso di determinate complicanze, dia una mortalità materna più bassa di quella che non dia l'intervento chirurgico ed una percentuale di mortalità fetale e di interruzione di gravidanza più bassa che non l'intervento chirurgico. La linea di condotta è semplice e precisa: attesa vigile ed intervento sollecito senza indecisioni e senza esitazioni al sopravvenire dei primi sintomi di determinate, pericolose complicanze minaccianti la salute e la vita della madre. Sia che si tratti di fenomeni di compressione per parte del fibroma sulla vescica, sull'uretere o sul retto, sia che si tratti di emorragie ripetute ed abbondanti o di sintomi d'irritazione peritoneale, di dolori violenti, di aumento rapido del tumore, di sintomi riferibili a sue alterazioni degenerative, l'intervento ha la sua indicazione netta e non si deve, senza incorrere in gravi responsabilità, procrastinare.

In uno dei miei due casi in cui la diagnosi di fibroma sotto-sieroso peduncolato era già stata posta prima della gravidanza dovetti intervenire al sesto mese di essa per l'insorgenza di sintomi di vivo risentimento peritoneale con dolori violenti e febbre, sintomi che io misi in rapporto con una probabile torsione del peduncolo del fibroma. Nell'altro caso l'intervento fu ugualmente suggerito da una sintomatologia di attiva reazione peritoneale accompagnata da febbre e la diagnosi era stata di probabile ematocele da aborto tubarico. In ambedue i casi il reperto operatorio e quello anatomo-patologico stabilirono che il quadro clinico il quale aveva condotto all'intervento era stato provocato da avanzate alterazioni necrotiche di fibromi sottosierosi.

Si è discusso molto sulla genesi di queste alterazioni: io ritengo che specialmente per i fibromi peduncolati siano in grandissima parte in causa le difficoltate condizioni di circolo e quelle di nutrizione. Anche quando la necrosi si mantiene asettica, come nei miei casi, esercita un'influenza diretta sia sulle condizioni locali che su quelle generali. La dolorabilità varia nel grado e nelle modalità d'insorgenza, ma non manca mai: in quei casi in cui compare improvvisamente e bruscamente, come nel mio secondo caso, contribuisce ad avvalorare il sospetto di rottura di gravidanza tubarica. Gli altri sintomi di risentimento peritoneale sono, è vero, quasi sempre meno accentuati nella necrosi asettica che in quella settica, ma eccezionalmente sono assenti in modo completo e non manca mai la febbre (febbre asettica di Lécene) da attribuirsi a riassorbimento di focolai emorragici e di prodotti tossici dei tessuti mortificati. Essa contribuisce a peggiorare le condi-

zioni generali aggravando lo stato di intossicazione gravidica latente.

Nei casi in cui si giudichi opportuno l'intervento chirurgico le nostre preferenze debbono essere per la miomectomia, la quale, mentre tende a guarire radicalmente la donna, rispetta la vita del feto e permette colla conservazione dell'apparato genitale la possibilità di ulteriori concepimenti. Olshausen ha distinto la miomectomia addominale in miomectomia semplice corrispondente all'asportazione di tumori sottosierosi peduncolati ed in miomoenucleazione corrispondente alla miomectomia di tumori sottosierosi sessili od interstiziali. Le maggiori indicazioni durante la gravidanza si hanno per la miomectomia semplice, perchè sono i tumori sotto-sierosi peduncolati che più spesso creano le indicazioni per l'intervento e perchè, come sostiene Alfieri, anche fibromi che prima della gravidanza potevano considerarsi per interstiziali, sotto la pressione eccentrica dell'uovo in via di sviluppo tendono a farsi strada verso la superficie peritoneale, a rendersi sottosierosi e peduncolati, favoriti in questa estrinsecazione dalla pastosità del parenchima dell'utero gravido e dallo stato edematoso del tumore stesso.

La tecnica della miomectomia semplice, se non viene complicata da estese e valide aderenze intestinali od omentali, è assai più semplice di quella della miomoenucleazione, che rappresenta sempre un'operazione tecnicamente delicata, indaginosa ed anche più pericolosa per le emorragie e per l'insorgenza di processi infettivi. Malgrado questo, se si consultano le vecchie ed anche le recenti statistiche si vede che la mortalità, se non è superiore nella miomectomia semplice (Olshausen, Thumin), è almeno uguale (Le Maire, Guicciardi, Alfieri). Questo perchè spesso l'intervento per fibromi peduncolati viene eseguito sotto la più grave minaccia di più gravi complicanze come la necrosi asettica e settica, alle quali essi sono più predisposti dei fibromi sessili.

Nel mio primo caso oltre la miomectomia semplice di un voluminoso fibroma peduncolato del fondo dell'utero fu eseguita la enucleazione di un fibroma sottosieroso sessile, enucleazione resa facile dallo stato di rammollimento gravidico del tessuto uterino: nel secondo caso fu eseguita senza difficoltà una miomectomia semplice. In ambedue i casi il resultato fu ottimo anche in rapporto alla normale prosecuzione della gravidanza.

Vi sono però dei casi in cui siamo costretti ad abbandonare la cura conservativa per ricorrere all'isterectomia, e senza accennare ad eventuali indicazioni per parte dell'utero stesso o degli annessi indicherò solo quelle riferibili al tumore e cioè la non asetticità di esso se interstiziale o sotto-sieroso sessile e l'eccessivo assottigliamento delle pareti uterine in conseguenza della sua asportazione.

Per concludere:

a) Nei fibromi uterini complicanti la gravidanza manterremo una vigile e prudente attesa fin al primo inizio di sintomi riferibili a complicanze capaci di minacciare la vita della madre.

b) Considereremo come operazione di elezione la miomectomia semplice o la miomoenucleazione, le quali, se eseguite con buona tecnica e sotto la rigorosa osservanza delle norme della sepsi e dell'antisepsi, permettono colla conservazione dell'apparato genitale la regolare prosecuzione della gravidanza: riserveremo la isterectomia a poche e precise indicazioni.

BIBLIOGRAFIA.

ALFIERI. Ann. Ost. e Gin., 1916.
CERNEZZI. Ann. Ost. e Gin., 1917.
DELETREZ. La Ginecologia, 1911.
GLARNER. Inaug. Dess. Zurich, 1907.
GUICCIARDI. La Ginecologia, 1904; Ann. Ost. e Gin., 1907.
LINDQUIST. Hjgea, 1909.
MERIEL. Clinique Chirurg., 1916.
MIRTO. Atti Società It. Ost. e Gin., 1907.
PESTALOZZA. Trattato di Ostetricia, vol. II.
PINARD. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1901.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI PATOL. SPECIALE MEDICA DIMOSTRATIVA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA
diretto dal prof. P. E. LIVIERATO.

Sulla cura della polmonite crupale col metodo di Park.

Dott. L. GROSSI e dott. A. RIVARA.

Francis E. Park, nel *Medical Record* del 1921 (n. 2), vantava ottimi risultati ottenuti nella cura della pulmonite con un metodo «apparentemente specifico». Egli sottoponeva gli ammalati ad iniezioni endovenose della seguente soluzione:

Salicilato soda
Fosfato solubile di ferro
ana gr. 1,30

Sciogli in siero fisiologico gr. 60, filtra, sterilizza ed aggiungi:

Soluzione satura di creosoto di faggio in acqua di calce cc. 1.

Iniettava da 3 a 5 cc.

Nella massima parte dei casi fu sufficiente una sola iniezione per provocare la caduta della temperatura. Questa si ottenne costantemente negli ammalati così trattati in prima giornata di malattia: a malattia già inoltrata (tranne nei casi gravissimi) ottenne guarigione rapida e senza complicanze. Giunse eccezionalmente a praticare quattro iniezioni. Di solito la temperatura cadeva dopo una o due iniezioni. L'A. raccomandava di curare diuresi e funzione intestinale; e dettava alcuni avvertimenti comuni a tutte le iniezioni endovenose.

Abbiamo voluto esperimentare tale metodo di cura. Non essendo ricoverato in Clinica alcun pneumonitico in prima giornata, abbiamo dovuto limitare le nostre osservazioni all'effetto della cura suggerita da Park in periodi più inoltrati.

Gli ammalati sottoposti alle iniezioni endovenose suddette e tutti affetti da infezione diplococcica con pulmonite lobare, tranne uno affetto da broncopulmonite pseudolobare, furono nove. Di questi tre giunsero in seconda giornata, quattro in terza, due in quinta.

Fu fatta subito la prima endovenosa di 5 cc. Ci attenemmo strettamente alle dosi e tecnica prescritte da Park; e non trascurammo di provocare diuresi e tenere alvo libero. Ripetemmo le iniezioni giornalmente protraendo la cura fino a quattro giorni. Oltre alla curva termica, seguimmo attentamente il decorso della lesione polmonare. Crediamo opportuno riportare qualche cenno storico per ciascun ammalato:

1. - C. F., anni 22, contadino. Diagnosi: infezione diplococcica, polmonite lobo superiore sinistro. Entra in Clinica in seconda giornata di malattia. Si praticano due iniezioni, una ogni giorno. Crisi in quinta giornata.

2. - P. M., anni 26, meccanico. Diagnosi: infezione diplococcica, polmonite lobare inferiore destra. Modico versamento cavità pleurica destra. Giunge in seconda giornata di malattia. Si praticano cinque iniezioni di cc. 5. Crisi in settima giornata.

3. - S. E., anni 26, seggiolaio. Diagnosi: infezione diplococcica, polmonite lobo inferiore sinistro. Versamento pleurico a sinistra. Entra in seconda giornata, si praticano tre iniezioni da 5 cc. Crisi in sesta giornata.

4. - P. R., anni 18, brasatore. Diagnosi: infezione diplococcica, polmonite lobo superiore destro. In ottava giornata compare focolaio al lobo inferiore destro. Si praticano quattro iniezioni da 5 cc. Crisi in nona giornata.

5. - C. R., anni 26, fabbro. Diagnosi: infezione diplococcica, polmonite a focolai subentranti, versamento pleurico destro. Entra in terza giornata, si praticano quattro iniezioni da 5 cc. I fatti non accennano a risolversi in seguito alla cura. La temperatura comincia a decrescere in nona giornata. Caduta per lisi in 15ª giornata.

6. - B. V., anni 16, facchino. Diagnosi: infezione diplococcica, polmonite lobo inferiore sinistro. Entra in terza giornata. Si praticano quattro iniezioni. Crisi in nona giornata.

7. - P. A., anni 27, barcaiolo. Diagnosi: infezione diplococcica, polmonite lobo inferiore sinistro. Entra in terza giornata. Si praticano tre iniezioni da 5 cc. In quinta giornata compare focolaio al lobo inferiore destro e modico versamento a sinistra. Falsa crisi in settima giornata, crisi in ottava giornata. Lievi rialzi termici nei giorni successivi alla crisi, dovuti al versamento.

8. - M. V., anni 29, macchinista. Diagnosi: infezione diplococcica, broncopolmonite pseudolobare. Entra in quinta giornata. Si praticano due iniezioni di 5 cc. Crisi in settima giornata.

9. - R. S., anni 54, scaricatore del porto. Diagnosi: pleuro-polmonite fibrinosa totale del polmone destro. Giunge in quinta giornata. Si praticano tre iniezioni di 5 cc.; muore in decima giornata per insufficienza cardiaca.

I risultati non concordano con quelli ottenuti da Park, salvo un caso (il primo) nel quale la crisi in quinta giornata coincide con la seconda infezione. Le condizioni generali degli ammalati ed il focolaio pneumonico non subirono modificazioni in evidente dipendenza della cura adottata. La cura termica non accennò a discendere dopo l'iniezione. Risulta pertanto che, se pure non si può in modo assoluto escludere una lieve utilità alle iniezioni

endovenose di fosfato di ferro, salicilato di soda e creosoto, si deve per altro togliere loro il carattere di specificità, non soltanto, ma peranco di superiorità ai comuni mezzi terapeutici dei quali la clinica si vale nel trattamento della pulmonite diplococcica.

Sarà nostra cura adoperare detto mezzo ogniqualvolta si presenteranno casi di pulmonite franca agli inizi, per poter suffragare le conclusioni nostre od eventualmente trarne altre. Per ora, nei casi di focolaio in seconda giornata e successive, non possiamo che consigliare, qualora si voglia usare la terapia metodo Park, di associarla a quei mezzi sia sintomatici che antitossici o specifici dei quali la pratica ha ormai messo fuori discussione i beneficii.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La spondilosi lombare.

(RICCA. *Pathologica*, vol. XIII).

Premesso che molte delle antiche forme essenziali di sciatica o sciatico-simili vanno messe in rapporto con affezioni dell'articolazione sacro-iliaca o della colonna lombare, e che queste ultime si possono distinguere in: affezioni di valore teratologico (sacralizzazione della V) e affezioni di valore patologico, l'A. si occupa — nel presente lavoro — di queste ultime, che designa col nome di forme spondilosiche.

Spondilosi, ha per l'A. un significato convenzionale che si può tradurre sinteticamente in: sindrome locale di osteoartrite vertebrale cronica.

Gli studi sulle spondilosi diffuse hanno permesso di definire due tipi, non separati assolutamente, ma accettabili nei loro grandi tratti, sia in base alla radiologia, che alla clinica, ed ai pochi reperti anatomo-patologici: il tipo rizomelico (con prevalenza della ossificazione delle parti legamentose, menischi, ecc.) e il tipo deformante (con prevalenza della neoproduzione osteofitica). Ma le forme lombari localizzate riproducono in massima il tipo radiologico deformante, per cui il loro studio può limitarsi all'analisi di quest'ultimo tipo.

Il reperto radiologico assume un'importanza fondamentale per la diagnosi dell' affezione, perchè è il solo elemento che permetta d'affermarla o di negarla. E non è difficile riconoscerla al reperto radiologico. Tutto sta nel discriminare i fattori veramente decisivi. Due generi di fattori caratterizzano la lesione vertebrale: 1° fattori involutivi: rarefazione ossea (maggiore trasparenza, specie nei processi apofisari) con conseguente diminuita consistenza de' corpi vertebrali, donde la loro deformazione a rocchetto o a diabolo, per schiacciamento (che può essere simmetrica o asimmetrica); 2° fattori produttivi: formazione di osteofiti, in genere in corrispondenza dei margini inferiore e superiore dei corpi vertebrali, colla costituzione dei così detti becchi di pappagallo, che possono saldarsi o meno, a seconda dello sviluppo e della anzianità della lesione. Ora, se può essere spesso dubbia la valutazione della rarefazione ossea o delle formazioni lievi a diabolo (è noto che le vertebre lombari presentano non di rado un po' di forma a rocchetto), altrettanto non succede per le deformazioni asimmetriche o per le produzioni osteofitiche; e se nel formulare la diagnosi di spondilosi lombare ci si limiterà solo alle alterazioni di quest'ultimo tipo, si potrà essere sicuri di evitare l'errore di una diagnosi ipotetica. Resterà la possibilità di escludere la malattia per mancanza di reperto decisivo, ma questo è un inconveniente che avviene un po' per tutte le malattie, e lo si potrà eliminare con esami radiologici ripetuti. Il reperto radiologico si dovrà limitare fino a stabilire l'esistenza del processo spondilosico, non il grado della sua entità, perchè l'entità clinica spesso non è in rapporto proporzionale con l'entità radiologica.

Il quadro clinico della malattia viene tracciato dall'A. sulla guida di 10 casi personali.

La sintomatologia si può distinguere in: sintomatologia a carico della colonna lombare, e sintomatologia dolorosa.

A carico della colonna lombare si hanno: atteggiamenti viziati, di scoliosi, di diminuzione o scomparsa della normale lordosi lombare, di pseudocifosi, vale a dire inclinazione in avanti del bacino, di inclinazione in senso laterale, di rigidità con contrattura dei muscoli estensori della colonna e di dolenzia locale alla pressione, specie alla percussione massiccia col pugno. Ora, tutti questi sintomi possono essere sostenuti direttamente dalle alterazioni scheletriche, ma in genere sono imputabili a fatti riflessi. E ad illuminare sulla patogenesi riflessa di questi sintomi contribuisce la scarsità dei reperti rilevabili.

La sintomatologia dolorosa rientra parzialmente negli stessi sintomi vertebrali, sotto forma di dolore alla pressione (specie alla percussione massiccia col pugno) e di dolore lombare spontaneo, ma in parte sta a sè perchè

il dolore ha spesso un carattere diffuso e perchè il malato va dal medico, non per le anomalie della sua colonna, ma in quanto è disturbato dai dolori. Nella massima parte dei casi dell'A. i dolori erano a distribuzione radicolare, in 6 erano a tipo sciatico, in tre nel territorio delle prime radici lombari, in un caso solo erano a distribuzione molto irregolare, tale da non poter essere ascritta a nessun territorio radicolare.

Ora nella spondilosi lombare si avrebbero dei processi ossei rilevabili radiologicamente e questi spiegherebbero i dolori locali, ma si avrebbero inoltre dei processi infiammatori diffusi nei territori contigui (legamenti, radici, ecc.) che spiegherebbero i dolori radicolari e che per via riflessa (tipo fenomeni viscero-riflessi di Mackenzie) spiegherebbero anche i dolori di natura dubbia.

Non fu possibile all'A. di precisare nessun tipo ben individualizzabile di dolore, nè rispetto all'insorgenza, nè rispetto alla natura. Quanto all'insorgenza, la maggioranza dei malati accusa dolori specialmente durante il lavoro (e alcuni affermano addirittura di esserne liberi completamente durante il riposo), altri invece ne sono tormentati specialmente di notte. Quanto alla natura, si hanno descrizioni di dolori laceranti, di dolori sordi, a tipo *courbature*, ecc.

Obbiettivamente è da notare che spesso manca la dolenzia irradiata alla pressione dei tronchi nervosi. Anche il Lasègue spesso è mite o manca. Frequente invece una dolorabilità diffusa dei tessuti alla pressione, specie delle masse muscolari e degli adduttori.

Scarsi o nulli i fatti di *deficit* radicolare (ipotrofie e ipotonie).

Il decorso della malattia è cronico, ma non regolarmente progressivo. La progressione è a sbalzi e con periodi di remissione che a volte sono quasi di guarigione.

A differenza di quanto avviene in altre forme di spondilosi, la malattia tende a localizzarsi al tratto lombare. Sembra tuttavia che debba essere piuttosto pessimistica ogni ipotesi sulla possibilità di guarigione definitiva.

L'epoca preferita per l'inizio dei sintomi è dal 3°-4° decennio di vita e per quanto riguarda il problema etiologico, i dati che si possono raccogliere nella storia dei malati permettono di credere che si tratti di una forma legata a condizioni etiologiche esteriori, ma quali siano gli elementi etiologici stessi non si può dire: maggiore importanza paiono avere, da una parte gli agenti a tipo meccanico, dall'altra parte gli agenti a tipo infettivo. Dimostrata sembra per alcuni casi l'importanza della sifilide.

Come si presenta tutt'altro che unitaria dal lato etiologico, così non presenta caratteri unitarii — la spondilosi lombare — nemmeno per quanto riguarda i suoi fondamenti istopatologici. Probabilmente si hanno vari tipi e per ora si può presumere che due siano i fondamentali: uno degenerativo, l'altro infiammatorio.

Tutto concorre adunque a dimostrare che non si può ancora parlare di malattia, ma che è necessario considerare per il momento la spondilosi lombare soltanto come una provvisoria individualizzazione sindromica. Probabilmente ha nessi etiologici più o meno diretti con le stesse spondilosi diffuse e con le artriti deformanti delle altre articolazioni.

All'infuori dei casi sifilitici, la terapia si riduce per ora ai soliti rimedi antiartritici: migliore fra tutti la termoterapia. B.

PATOLOGIA GENERALE

Reazione locale da inoculazione di autovaccino, studio patogenetico.

(I. PARISOT e P. SIMONIN. *Comptes R. Soc. Biologie*, n. 7, 1922, pag. 400).

L'iniezione sottocutanea di autovaccino praticata a scopo terapeutico nella maggior parte dei casi dà reazioni estremamente minime nel luogo di inoculazione, ma talvolta le manifestazioni locali si intensificano, prendendo un aspetto tutto particolare, costituenti degli accidenti della vaccinazione.

Talvolta intorno alla puntura compare un edema limitatissimo, leggero e fugace, con arrossamento passeggero, qualche chiazza eritematosa. A volta residua un certo grado di infiltrazione che non infiammata, indolente, può sparire dopo qualche giorno; ma che può persistere dippiù e prendere un andamento infiammatorio ed estensivo, con edema ed arrossamento della pelle e con aspetto flemmonoso. L'evoluzione di tali disturbi è variabilissima: può ritornare al normale o può stabilirsi una suppurazione od una necrosi locale; alcuni danno febbre altri no. Inoculazioni successive fatte in punti differenti danno reviviscenza dei fenomeni infiammatorii nei punti di inoculazioni precedenti; noduli antichi si rammolliscono e suppurano uno appresso all'altro in ordine inverso alla data di iniezione.

Gli AA. studiarono tali accidenti clinicamente e sperimentalmente e credono che la genesi della maggior parte di essi si possa riferire ai seguenti meccanismi, potendo sicuramente escludere la non sterilità delle emulsioni iniettate.

1° *Influenza dei prodotti tossici.* — Numerosi microbi producono sostanze lesive ai leucociti, leucocidine di Denys e aggressine di Bail.

Esse sono distrutte da temperatura più alta di quella che ammazza i germi; così attenuate menomamente, passano in circolo con la massa vaccinica, aderenti ai corpi microbici a volte impedendo semplicemente la fagocitosi, altre volte avendo azioni piogenica o necrosante. Maggiore è la dose di vaccino usata, più intensa è la loro azione. Se i germi utilizzati si lavano non si produce alcun disturbo, però il lavaggio va fatto dopo il riscaldamento del vaccino.

2° *Fenomeni di richiamo e di fissazione.* — Nel corso di infezioni generali o locali in fase acuta l'iniezione di vaccino può determinare ascessi di fissazione. Ciò potrebbe essere in rapporto alla fase negativa di Wright, e tale condizione può essere prolungata da successive inoculazioni, le quali ridestano fenomeni infiammatori a livello delle punture antiche, di cui le più remote reagirebbero quanto le ultime fatte nella fase negativa. Essendo l'emulsione microbica iniettata sterile e dando la puntura dei noduli infiammati una sierosità o un pus siero di fagociti con germi non viventi, si potrebbe pensare che i fagociti, esaminati dopo aver isolato, senza distruggere, i germi, siano richiamati al luogo dell'iniezione, rispondendo ad uno stimolo leucocitario partito da questo punto.

3° *Anafilassi locale.* — Infine in alcuni casi, dopo molte iniezioni ben tollerate, una nuova inoculazione provoca un'infiltrazione edematosa con necrosi locale dei tessuti, senza fenomeni infiammatori, nè dolore nè febbre. Il prodotto di tali lesioni, carico di germi, dà culture negative (sia per i microbi del vaccino che per altri).

I germi sono quelli introdotti col vaccino, e si tratta di un processo di necrosi asettica locale. I suoi caratteri e le condizioni di comparsa della lesione fanno pensare a fenomeni di anafilassi locale, conosciuti sotto il nome di fenomeno di Arthus.

IMA.

CHIMICA BIOLOGICA

Gli anti-ossigeni.

(MOUREAU e DOUFRAISSE. *Revue scientifique*, 15 feb. 1922).

Gli AA. hanno scoperto che l'auto-ossidazione di un gran numero di sostanze può essere ostacolata od impedita da quantità minime di altre sostanze. È così che l'olio di lino, il cui disseccamento è dovuto all'ossigeno che lo resinifica, è potuto rimanere esposto in strato sottile all'aria per tre anni, senza perdere la sua fluidità; il burro è stato conservato senza che le sue qualità organolettiche andassero perdute; i grassi in genere non hanno irrancidito.

Si comprende la portata pratica che queste ricerche possono assumere nell'economia domestica e rurale, nell'industria, nella biologia, nella medicina, nell'igiene.

Gli AA. sono partiti da un'esperienza che essi chiamano fondamentale: in un tubo barometrico, terminato in alto da una doppia curvatura e da un'ampolla, introducono un po' d'aldeide benzoica, sostanza eminentemente ossidabile, facendola raccogliere nell'ampolla; poi vi immettono dell'ossigeno, in modo che la colonna di mercurio si abbassi fino al livello del mercurio contenuto nella vaschetta: si vede subito il mercurio elevarsi nuovamente nel tubo, perchè l'ossigeno si combina gradatamente con l'aldeide, trasformandola in acido benzoico. Si ripete l'esperienza, aggiungendo all'aldeide un po' d'idrochinone: basta una proporzione minima, dell'ordine di un millesimo; questa volta il mercurio non sale nel tubo: l'aldeide non si combina più con l'ossigeno.

Gli stessi risultati sono stati ottenuti operando su numerose sostanze auto-ossidabili, addizionate di composti fenolici: l'aldeide acetica, l'aldeide propilica, l'acroleina, il forfurolo, il cloralio, l'olio essenziale di trementina, l'olio di lino, l'olio di noce, il burro, ecc., sono stati addizionati di idrochinone, pirocatechina, fenolo (acido fenico), timolo, guaiacolo, eugenolo, naftolo α e β, resorcina, pirogallolo, tannino, acido gallico, aldeide salicilica, ecc.

Gli effetti variano molto secondo le sostanze antiossidanti impiegate e le proporzioni di esse; l'idrochinone, la pirocatechina e il pirogallolo si mostrano molto attivi, il fenolo e la resorcina poco, il guaiacolo e i naftoli mediocremente. L'idrochinone impedisce l'ossidazione dell'acroleina anche ad 1/20.000, e si mostra ancora attivo a 1/1.000.000. Sembra che l'attività antiossidante sia in ragione inversa — approssimativamente — delle proporzioni di corpi fenolici.

Se si opera in un flacone tappato senza precauzioni speciali, avvicinandosi così alle condizioni ordinarie di conservazione dei prodotti commestibili, i risultati restano press'a poco identici. Per es. l'aldeide benzoica, addizionata d'idrochinone a 1 per mille, contenuta in una boccia riempita a metà e che si stappava di tanto in tanto, venne riconosciuta inalterata dopo due anni; dopo lo stesso tempo l'aldeide benzoica che faceva da controllo era rappresa in massa, perchè trasformata in acido benzoico.

Gli AA. perseguono le loro esperienze da tre anni. Essi dichiarano che in molti casi si può considerare la conservazione come praticamente *indefinita*. È presumibile però che la ossidazione non venga mai annullata del tutto, ma venga solo rallentata, anche quando la velocità d'assorbimento dell'ossigeno sembra nulla.

È noto che le reazioni d'auto-ossidazione si accompagnano a fenomeni collaterali, come colorazione, precipitazione, ispessimento, irrancidimento, ecc.; gli anti-ossigeni intralciano anche la produzione di questi diversi fenomeni.

Qual'è il meccanismo dell'azione anti-ossigena? Essendo data la debole dose di prodotto fenolato necessario, e poichè esso si conserva senza alterazioni sensibili, è verosimile che ci si trovi in presenza di un'*azione catalittica*.

Gli AA. hanno intrapreso delle ricerche con sostanze diverse dai fenoli; inoltre hanno cominciato a saggiare l'azione anti-ossigena su sostanze minerali: ad esempio, hanno riconosciuto che il solfito e l'idrosolfito di sodio la risentono.

I fatti osservati possono avere una ripercussione sulle concezioni generali della biologia. Gli esseri viventi contengono dei fenoli: i vegetali in abbondanza, sovratutto sotto forma di tannino, gli animali in scarsa quantità; i vegetali sono precisamente esseri a vita rallentata, nei quali i fenomeni d'auto-ossidazione non hanno la stessa intensità che si osserva negli animali: diviene ragionevole il supporre che i fenoli assumano in essi il compito di agenti di *protezione*, che rallentano l'azione troppo viva dell'ossigeno.

È presumibile che al potere anti-ossigeno i fenoli debbano la loro azione antisettica: essi agirebbero sui batterî impedendo i processi di ossidazione. È anche presumibile che molti veleni e molte tossine, che uccidono per asfissia, si comportino come anti-ossigeni; così in certi veleni si è dimostrato il chinone, che possiede un potere anti-ossigeno.

Dobbiamo aggiungere che gli AA. hanno indagato l'azione dei fenoli sull'emoglobina, vettrice principale dell'ossigeno negli animali superiori; ma i risultati sono rimasti negativi. Sappiamo che la velocità d'auto-ossidazione dell'emoglobina è veramente prodigiosa; quindi è concepibile che in questo caso l'azione antagonista dei fenoli sia troppo debole per essere riconosciuta nelle condizioni sperimentali.

L'azione antitermica dei fenoli è conosciuta: senza dubbio essi godono di questa proprietà perchè attenuano l'intensità delle ossidazioni nell'economia organica. È questa forse la chiave dell'azione fisiologica dei rimedi antitermici in genere, i quali sono sostanze aromatiche che, ossidandosi nell'organismo, danno origine a composti fenolici. Ci si può anche domandare se i risultati ottenuti dall'impiego del creosoto, del guaiacolo e dei loro derivati nella tubercolosi polmonare, non siano dovuti, più che all'azione antisettica esercitata sul bacillo specifico, al fatto che temperano l'iperattività ossidante, indotta nell'organismo dalle tossine elaborate dal bacillo specifico.

Un campo d'azione molto vasto all'impiego delle sostanze anti-ossidanti si dischiude per la conservazione delle sostanze alimentari.

L. V.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

HEGNER R. W e CORT G. W. *Diagnosi dei protozoi e dei vermi parassiti dell'uomo.* Un vol. in-16 di 82 pag. con 8 tavole. — Libreria di Scienze e Lettere del dott. Bardi, Roma, 1922. — Prezzo L. 5.

È un buon riassunto dei principali caratteri presentati dai protozoi e vermi parassiti dell'uomo; scritto con intenti pratici, ne sono escluse le specie rare, di cui l'inclusione avrebbe potuto nuocere alla chiarezza. Nella descrizione si insiste particolarmente sui caratteri essenziali; i consigli di tecnica sono limitati a quelli che il medico pratico può mettere in uso, evitando in tal modo un ingombrante sfoggio di erudizione. Le numerose chiavi dicotomiche, le tabelle, le figure schematiche chiare sono di notevole aiuto. L'accurata traduzione è dovuta al prof. Raffaele, titolare di zoologia dell'Università di Roma.

Con questo volumetto viene iniziata la collezione di «Attualità della medicina», che si propone di trattare, sotto forma di riviste riassuntive e critiche, le principali questioni che si agitano nel campo della medicina, dando naturalmente più ampio sviluppo alle scoperte e vedute più recenti. L'editore, affidando la compilazione a specialisti delle singole materie, potrà ottenere nelle diverse monografie la

esposizione completa di quanto è stato scritto intorno ad un determinato argomento, ciò che riesce di somma importanza per chi voglia tenersi al corrente degli studi. Alla collezione, che si annuncia con intenti elevati e si presenta con aspetto di elegante semplicità, auguriamo il completo successo. *fil.*

JULIUS MISCH. *Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde* (in-4 picc., 2 volumi, pagg. 690-672. — Lipsia, F. Vogel, 1922, 2ª ed. — Mk. 1200).

Il trattato che il Misch pubblica colla collaborazione di medici generici e specialisti tedeschi, non può, non interessare il lettore.

Sono due grossi volumi, i quali sarebbero, secondo il titolo, dedicati a questa materia che confina da un lato colla medicina generale o colle altre specialità e dall'altro colla odontoiatria.

Se non che poi la trattazione è, in realtà, fatta con criterio un po' diverso; e ciò spiega la mole imponente dei due grossi volumi. Questi infatti comprendono in altrettanti capitoli le malattie infettive, cardiovascolari, dell'app. respiratorio, dell'app. digerente, del ricambio materiale, del sistema nervoso, nonchè le malattie dell'orecchio, degli occhi, ginecologiche, ecc.

Di ciascuna malattia v'è la trattazione riassuntiva comprendente etiologia, patogenesi, sintomatologia, diagnosi, prognosi e cura: segue ad essa un capitolo aggiuntivo che descrive le lesioni della bocca e dei denti in quella determinata malattia.

L'opera dunque, rappresenta un vero e proprio *abrégé* di patologia, con invece largo sviluppo della parte riguardante la compartecipazione dei denti e della bocca nei singoli quadri morbosi.

Ad ogni modo il trattato, che il Misch pubblica, è sotto molti punti di vista utile: da un lato lo è perchè permette ai non dentisti di conoscere e facilmente riscontrare le lesioni, spessisimo difficili e sempre importanti, della bocca e dei denti, che accompagnano le singole malattie interne o quelle delle altre specialità; lo è da un altro lato perchè, mentre espone nozioni di odontoiatria e stomatologia applicata, che ogni dentista ha il dovere di conoscere, permette a questi specialisti di avere sott'occhio un succinto e moderno trattato di patologia e clinica delle malattie, che sono al di fuori della loro specialità.

L'edizione è veramente di lusso, tutta su carta patinata, e ricca di magnifiche figure in nero e colorate; essa fa onore alla Casa editrice, che può essere additata ad esempio, specie in quest'epoca in cui edizioni mal curate e su carta scadentissima veggono quotidianamente la luce in tutti i paesi. *g. sabatini.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 24 marzo 1922.

Presidente: BATTISTINI.

Sull'impianto del moncone centrale di un nervo di un organismo nel moncone periferico di un altro organismo.

MORPURGO. — Continuando le sue esperienze su topi uniti in simbiosi artificiale, si è occupato dell'unione di nervi fra i due individui di ogni coppia. Dallo studio dei preparati ottenuti a diversa distanza di tempo dall'atto operativo risulta che in un periodo nel quale il tessuto di granulazione dell'un moncone non è completamente fuso con quello dell'altro moncone, i cilindrassi spuntati dal moncone centrale si arrestano e si rivolgono indietro di fronte all'estremità del moncone periferico. Quindi quei fattori che adescano ed accolgono le fibre nervose entro nervi degenerati dello stesso organismo o morti di qualsivoglia organismo, sono assenti, se pure non sono invertiti nella loro azione in un nervo staccato dai centri, ma tuttavia connesso con i tessuti di un altro organismo vivo.

Per una migliore conoscenza del tappeto lucido dei mammiferi domestici.

BRUNI. — L'O. studia comparativamente in mammiferi domestici la struttura del tappeto lucido. Trova che nel tappeto cellulare le proprietà ottiche non sono dovute a cristalli endocellulari, come per lo più si ritiene, ma a fibrille plasmatiche. Tappeto cellulare e tappeto fibroso dell'adulto non sono riconducibili ad un medesimo tipo di struttura, però ambedue derivano dai medesimi elementi mesenchimali nei quali si differenziano l'endoplasma ed l'ectoplasma. Nel tappeto fibroso prende sviluppo preponderante l'ectoplasma coi suoi prodotti (fibre collagene) nel tappeto cellulare prende sviluppo preponderante l'endoplasma coi suoi prodotti (fibrille plasmatiche).

P. SISTO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

NEUROPATOLOGIA.

Postumi dell'encefalite epidemica.

M. Grossman (*Journ. of A. M. A.*, 1° aprile 1922) seguendo per circa tre anni 92 casi di encefalite ha osservato che solo 10 guarirono completamente; a 14 residuarono minimi disturbi tanto da poter riprendere le antiche occupazioni (paresi di nervi cranici, insonnia, cefalea, irritabilità, fobie).

Gli altri ebbero sindromi più gravi, insorte subdolamente, in un periodo da qualche mese a un anno dopo la fase acuta.

In 42 casi si trattava di sindromi parkinsoniane: la facies rispondeva meglio alle emozioni che nel vero parkinson, pel resto nessuna differenza; un paio di volte il tremore era a tipo intenzionale.

Sintomi residuali frequenti furono le paresi di nervi cranici, sopratutto del facciale, di tipo sopranucleare.

Spesso le pupille erano ineguali e torpide; in due casi vi era Argyll-Robertson, in uno il fenomeno inverso.

I riflessi cutanei e tendinei erano generalmente più o meno esagerati; in un caso mancava l'achilleo, in sette casi vi era Babinski.

In alcuni pazienti furono osservati disturbi del sistema autonomo (vasomotorî, secretorî, vescicali, esoftalmo, ecc.).

Quasi mai mancarono i disturbi psichici: sindromi isteriche, nevrosi d'angoscia, fobie, insonnia, talvolta con sonnolenza durante il giorno; stati depressivi, debolezza della memoria e dell'attenzione, irritabilità, deficienza dei poteri inibitorî (cleptomania). Molti credevano di andar sempre peggiorando, mentre i sintomi fisici erano stazionari. Una reale progressione dei sintomi fu veduta in venti casi.

Un paziente ebbe allucinazioni visive. Tre presentarono movimenti coreiformi; uno aveva uno spasmo di torsione del bacino e della gamba destra.

Un paziente presentò il quadro della miastenia grave, due quello della sclerosi multipla.

L'A. pensa che i pazienti con solo tremore si avviano alla sindrome parkinsoniana.

Ho osservato che alcuni pazienti i quali durante lo stadio acuto ebbero una sindrome parkinsoniana, nei postumi non mostrarono disturbi a carico dei gangli basali.

Conclude che la prognosi dell'encefalite, anche apparentemente guarita, dev'essere sempre riservata. DORIA.

Eziologia e trattamento dell'idrocefalo cronico interno.

Escluso il tipo acuto, da meningite tubercolare, l'idrocefalo secondario o acquisito è provocato da un attacco di meningite o da tumori; può anche essere dovuto ad infiammazione ependimale, ad ostruzione delle vene di Galeno per trombosi od altre cause meccaniche; in qualche caso si tratta di assenza congenita dell'acquedotto del Silvio. In complesso si può adottare per scopi clinici la classificazione di Frazier in tipo ostruttivo (per difetti congeniti od aderenze post-infiammatorie) ed ipersecretivo; sembra provato che il liquido cerebro-spinale è il prodotto della secrezione della ghiandola coroide; le condizioni patologiche di questa oppure una sostanza tossica nel *liquor*, venendo in contatto con i plessi coroidei, possono provocare l'iperattività delle cellule.

Le diagnosi fra tipo ostruttivo ed ipersecretivo può farsi iniettando 1 cmc. di sulfofenolftaleina nel ventricolo laterale: se il *liquor* estratto con la puntura lombare non è colorato entro tre-otto minuti, mentre si ha colorazione dell'urina entro le due prime ore, significa che si tratta del tipo ostruttivo.

Per quanto riguarda il trattamento, si può ritenere che nella maggior parte dei casi, l'intervento chirurgico, consistente nel correggere l'ostruzione o nella puntura del ventricolo o del corpo calloso, offre le migliori probabilità di successo. Comunque però è bene accertare con tutti i metodi possibili l'eziologia dell'idrocefalo e sulla base di questa procedere alla cura, che può anche essere puramente medica. Sembra poi che nel tipo ipersecretivo, le ghiandole endocrine abbiano parte notevole; H. R. Lichtfield e L. H. Dembo (*Journ. amer. med. assoc.*, 11 marzo 1922), hanno ottenuto buoni risultati con la somministrazione di estratto tiroideo, il quale, oltre ad aumentare le ossidazioni e ad accrescere l'attività metabolica, ridurrebbe anche la secrezione, agendo come depressore sul plesso coroideo. *fil.*

Il trattamento dell'epilessia.

Dipende naturalmente dalla diagnosi: è quindi di essenziale importanza separare dall'epilessia idiopatica i casi di malattia cerebrale organica ed eliminare quelli da cui le convulsioni dipendono da uremia, disturbi intestinali, vermi, saturnismo. L'epilettico va mantenuto in buon stato di salute (control-

larlo con la pesatura settimanale) meglio se in colonie in cui si può fare il trattamento all'aria libera e diminuire le cause di ansietà; sotto questo punto di vista è assai importante una vita regolare e nel tempo stesso svariata (R. Armstrong-Jones: *The practitioner*, dicembre 1921). Grande attenzione va rivolta alle funzioni della digestione, ed a quelle secretorie ed escretorie; combattere in tutti i modi la costipazione ed istituire una dieta opportuna: sotto tale punto di vista, alcuni hanno consigliato la pura dieta vegetariana, che però non ha affatto il vantaggio di diminuire gli accessi, mentre ha l'inconveniente di non dare quello stato di energia, che si può ottenere con una dieta mista.

Lo scopo principale del trattamento è quello di prevenire gli accessi, diminuendone la frequenza e l'intensità: a tale scopo servono i bromuri; l'A. consiglia di dare due volte al giorno (pomeriggio e sera), 30 cg. dei tre bromuri, con sei cg. di luminal sodico; si continua per tre giorni, e si interrompe per altri tre. Se il luminal sodico dà sonnolenza, lo si può sostituire con biborato di sodio. Nei casi con ronzii agli orecchi, può essere vantaggioso l'acido bromidrico (g. 3.8, tre volte al giorno), oppure l'ossichiroteinmeina. Per ridurre il numero degli accessi, possono giovare: il monobromuro di canfora (dosi da 30 cg.), l'ossido di zinco (20 cg.) e, nei bambini, la tintura di belladonna 6/10 di cmc. tre volte al giorno; [solitamente si prescrivono due gocce al giorno per ogni anno di età. *N. d. Redat.*]; ai bromuri, si può aggiungere il liquido di Fowler (1/10-3/10 di cmc.). Nei casi con pressione elevata è consigliabile il nitrato di potassio (cg. 30-60).

La cura antisifilitica è utile nei giovani, specalmente quando vi siano paresi di nervi cranici ed accessi convulsivi localizzati. Quando l'epilessia è associata all'uremia da affezioni cardiache o renali, è utile la teocina (cg. 20-30, tre volte al giorno per tre giorni) con tintura di digitale o di strofanto. Possono anche giovare le profonde inspirazioni, all'inizio dell'aura, e, secondo alcuni anche la compressione delle carotidi. È utile tenere nota esatta del numero e degli accessi, anche per controllare l'esito della cura. *fil.*

UROLOGIA.

Sulle cause dell'albuminuria ortostatica.

L'albuminuria ortostatica, detta anche ciclica, fisiologica intermittente, si osserva per lo più nei bambini e negli adoloscenti, ma non è rara negli adulti d'ambo i sessi. Per lo più questi individui presentano un rilasciamento generale ed atonia dei muscoli e legamenti, con torace lungo, diaframma abbassato, addome scafoide, visceroptosi, iperflessibilità della colonna vertebrale. Tali soggetti si stancano facilmente, specie con la stazione eretta e soffrono di attacchi di sincope, palpitazione cardiaca, cefalea ed altri segni di instabilità vasomotoria.

L'albuminuria ortostatica si differenzia dalle nefriti e da albuminurie infiammatorie, per la rapida scomparsa nella posizione supina: l'albumina si presenta nell'urina emessa 3-7 minuti dopo che l'individuo si è messo in posizione eretta e scompare 3-7 minuti dopo ripresa la posizione orizzontale. Nel periodo albuminurico, l'urina, che durante la posizione orizzontale è normale, si fa scarsa e di elevato peso specifico: vi è aumento di pigmenti e diminuzione di escrezione di fenolsulfoneftaleina.

W. e S. L. (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 4 marzo 1922) riconducono a ragioni puramente anatomiche l'eziologia di questa forma. Essa sarebbe dovuta a compressione della vena renale sinistra, fra l'aorta e l'arteria mesenterica, che agiscono come due pinze quando l'aorta è projettata in avanti da una lordosi, oppure quando l'arteria mesenterica è stirata in conseguenza di enteroptosi. Tale ragione anatomica spiega il rapido comparire e scomparire dell'albuminuria ed anche il fatto che non tutte le persone con lordosi od enteroptosi hanno albuminuria; poichè questa si produrrà quando l'angolo fra l'aorta e l'arteria mesenterica è abbastanza acuto e la vena renale vi si trova abbastanza vicina, in modo che si possa produrre la stasi venosa. Con la stasi renale, se ne produce anche una soprarenale ed è probabilmente questa circostanza, che spiega le variazioni della pressione sanguigna, che si osservano nel periodo albuminurico, senza però che vi sia aumento nell'escrezione di acque, di urea, di cloruri. Queste osservazioni sulla funzione dei surreni richiedono però ulteriori ricerche. *fil.*

Incontinenza d'urina.

Legueu (*Journ. des praticiens*, 11 febbraio 1922) riconosce diversi tipi di incontinenza d'urina; l'uno si osserva nell'infanzia, continua talvolta nell'adolescenza e cessa di solito sotto una qualsiasi influenza, traumatica, psichica, terapeutica verso la pubertà o più tardi all'approssimarsi della possibilità di un matrimonio. Trattasi di un disturbo funzionale, una specie di balbuzie che si può guarire in un ragazzo intelligente con la semplice educazione psichica anche senza ricorrere all'elettricità.

Un'altra varietà di incontinenza, l'*ortostatica*, si riscontra nelle donne verso la quarantina, che hanno avuto uno o più figli: essa consiste nella difficoltà che hanno tali donne di trattenere l'urina nella posizione eretta: ciò riesce nelle condizioni normali di equilibrio, ma quando tali donne starnutano, tossiscono, parlano forte, o rimangono a lungo in piedi, esce un poco di urina, ciò che è causa per esse di umiliazione, di depressione morale.

Questa forma abbastanza comune, è legata ad insufficienza del collo o dell'uretra, disturbi dinamici, che si producono in conseguenza dei parti antecedenti. Si può correggere con un'operazione meccanica, torsione dell'uretra, sospensione per mezzo delle aponeurosi dei muscoli retti addominali (operazione di Stacker).

Vi sono poi incontinenze dovute a malformazioni congenite, quali la dilatazione degli ureteri, la forma della vescica a pera, in cui l'operazione di Stacker non porterebbe alcun vantaggio.

Nell'esame dell'ammalato quando non si riesca a trovare subito la causa non bisogna trascurare alcuna ricerca, quali l'analisi dell'urina, la cisto-radiografia, ricordando che la vera incontinenza si ha solo con vescica integra.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Nuove vedute sull' etiologia del glaucoma.

Il prof. E. Paltracca (*Ann. Fac. Med. Perugia*, vol. VI, 1921 — Comunicazione all'Accademia Medico-Chirurgica di Perugia, seduta 28 giugno 1921), dopo aver ricordato le teorie elaborate per spiegare la genesi del glaucoma (teoria secretoria di Donders, teoria dell'infiammazione di Graefe, e le varie teorie meccaniche (di Stellvag, di Weber e Knies, e di Priestlej), fa notare che sino ad oggi si è sempre tentato di trovare la spiegazione della malattia nello stesso organo leso. Quei pochi i quali rivolsero anche l'attenzione alle condizioni organiche generali, si limitarono solo alla constatazione di alcuni fatti (l'età in cui la malattia si verifica, il sesso che principalmente colpisce, ecc.) senza rivolgere l'attenzione ai possibili rapporti fra *glaucoma* e condizioni organiche generali.

I soggetti affetti da glaucoma (osserva l'A.), che sono più verso i sessanta che verso i cinquanta anni, si presentano in genere come individui pallidi, irritabilissimi, di umore depresso, e nelle donne, ove il morbo è più frequente, esso insorge sempre dopo la scomparsa del mestruo, quando cioè i disturbi vasomotori (vampe, sensazione di soffocazione, ecc.) raramente mancano. Dunque (seguita l'A.), non si tratta di una malattia che colpisce un soggetto sano; l'individuo è già ammalato ed il glaucoma rappresenta uno dei sintomi di una alterazione organica generale. Nei soggetti, esaminati dall'autore, si è riscontrato costantemente un aumento della pressione sanguigna; e nelle donne, in cui ha avuto maggiore occasione di studiare il glaucoma, ha constatato un'intima relazione fra l'alterata funzione del gruppo delle ghiandole ad *azione ipotensiva* (ovaia, tiroide, ecc.) con turbe vasomotorie psichiche, ed i disturbi idraulici endobulbari, che nel glaucoma determinano il primo e più importante sintoma (aumento della tensione).

Guidato da queste osservazioni, l'A. ha sottoposto i pazienti all'opoterapia, sia per via orale, sia per via ipodermica e per collirio, usando gli estratti di endovarina e endospermina, preparati dall'Istituto Sieroterapico Milanese.

I risultati sono:

1° in soggetti normali (25-40 anni) con bulbi oculari a tensione normale, la cura opoterapica non modifica la tensione endobulbare;

2° nei soggetti passati nell'età critica da qualche anno, con bulbi oculari a tensione normale, la cura opoterapica porta ad una notevole diminuzione della tensione endo-oculare;

3° nei soggetti affetti da glaucoma in atto, la cura opoterapica mentre apporta una notevole diminuzione della tensione dell'occhio sano, non apporta che una trascurabile diminuzione dell'alta tensione dell'occhio glaucomatoso;

4° nei soggetti nei quali la elevata tensione glaucomatosa fu ridotta alla normale dall'atto operativo (iridectomia) la cura opoterapica mantenne normale la tensione endobulbare.

L'A. si sente autorizzato, in base ai suddetti risultati, di pensare che il glaucoma possa essere prodotto da una prevalenza di funzione del gruppo delle ghiandole, che determinano uno stato di ipertensione vasale.

D. MAESTRINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1268) *Reazione della gomma mastice sul liquido cefalo-rachidiano.* — All'abbon. n. 4497:

È stata proposta da G. Emanuel (1915) in sostituzione della reazione all'oro colloidale, dalla tecnica troppo delicata e soggetta a molte cause d'errore. È fondata sul principio che un liquido cefalo-rachidiano normale protegge una sospensione colloidale di mastice contro l'azione di una soluzione salina, per la presenza di un coloide protettore: in tal caso si ha reazione negativa. Con un *liquor* patologico, si produce invece una floculazione (reazione positiva).

Tecnica. — Disciogliere 10 g. di mastice in 100 cmc. di alcool assoluto e filtrare; per la reazione, si aggiunge un cmc. di tale soluzione a 9 cmc. di alcool, questa seconda miscela si versa *goccia a goccia* mediante una pipetta in 40 cmc. di acqua distillata.

La reazione si esegue in 5 tubi: si versa nel primo cmc. 1.5 di soluzione di cloruro di sodio a 1.25 %, e negli altri 1 cmc.; al primo tubo si aggiunge cmc. 0.5 di *liquor*, si agita, si preleva 1 cmc. da tale tubo e lo si introduce nel secondo; dopo agitazione, si porta 1 cmc. del contenuto di questo, nel terzo, e così da questo nel quarto; il quinto — senza *liquor* — serve da controllo. Si leggono i risultati dopo 12 ore. Con un *liquor* normale si ha precipitazione solo nel quinto tubo, con *liquor* patologico, anche negli altri.

Non tutte le soluzioni di mastice si corrispondono; è quindi consigliabile la titolazione fatta con diverse concentrazioni della soluzione salina (talvolta a 0.9 %), in modo che 1 cmc. di soluzione salina floculi 1 cmc. di sospensione di mastice. Si usano la prima concentrazione che flocula (I) e l'ultima che non flocula (II); e si fanno con entrambe due serie di dodici tubi, in cui il *liquor* si trova in diluizioni da 1/4 a 1/8000. In tal modo le curve sono anche più differenziate.

Risultati. — Con il metodo originale la reazione è completa (+ + + +) nella demenza paralitica, sifilide cerebro-spinale; è generalmente negativa in altri casi, può trovarsi debolmente positiva (+) in neurosi traumatiche, demenza precoce.

Con le modificazioni tecniche accennate si hanno nelle affezioni sifilitiche del sistema nervoso e nelle sclerosi multiple due massimi l'uno alle diluizioni 1/4-1/32, l'altro verso 1/8000, separati da una fase negativa. Nelle meningiti purulente si ha un massimo di precipitazione ad 1/256, con mancanza della fase negativa; analoghi risultati si hanno quando si trova del sangue nel *liquor*.

La reazione è stata oggetto di critiche sia per la difficoltà di lettura in cui spesso entra il coefficiente personale, sia per i risultati atipici ed erronei.

A. FILIPPINI.

(1269) *Sulla reazione di Sgambati.* — Ai dottori G. Tarsi da Civitavecchia, G. Giordano da Copparo, R. Cornacchione da Picerno e altri:

Come abbiamo già detto, la reazione di Sgambati nelle urine di peritonitici venne pubblicata dall'A. in questo giornale, fascicolo 9 del 1920, a pag. 267-268.

VARIA.

La mortalità dei medici agli Stati Uniti.

Sopra 160.000 medici esistenti agli Stati Uniti e Canadà sono morti, nel 1921, 2,343, ciò che corrisponde ad una proporzione di 14.65 ‰: la mortalità media della popolazione civile dal 1902 al 1921 è stata di 15.65, tali cifre però non sono paragonabili, poichè si sarebbe dovuto tener conto degli stessi gruppi di età.

Età. — Sono morti 29 sotto i 30 anni: 160 fra 31 e 40; 298 fra 41 e 50; 409 fra 51 e 60; 571 fra 61 e 70; 393 fra 71 e 80; 240 fra 81 e 90; 17 fra 91 e 100.

Cause della morte. — La proporzione più elevata di morti è dovuta a malattie del cuore e del circolo (426); vengono in seguito, malattie generali (290); senilità (213); emorragie cerebrali (196); polmonite (167); malattie genito-urinarie (146). Si ebbero 128 morti per tumori maligni, 47 per tubercolosi, 29 per setticemia, 68 per malattie diverse del sistema nervoso, ecc.

Infortuni ed omicidi. — 22 morti per schiacciamento di automobili, 17 per armi da fuoco, 14 per incidenti ferroviari e tranviari, 6 per annegamenti, altri per cadute, annegamento, ecc., 1 per elettrocuzione durante la roentgenterapia di un paziente. I 19 morti per omicidio perirono per arma da fuoco, 6 uccisi da banditi, 1 (un negro) morto in un conflitto di razza. Un medico fu condannato a morte ed *eseguito* con l'elettricità, per aver ucciso la moglie.

Suicidi. — I 69 suicidi si eseguirono mediante: veleno (20), arma da fuoco (19), precipitazione dall'alto (7), arma da taglio (5), annegamento (4), asfissia (3), impiccagione (2).

Molti dei medici morti ricoprivano cariche civili; uno era stato vice governatore.

(*Journ. Am. Med. Assoc.*).

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

I Congresso dei Sindacati Medici.

Il primo Congresso dei Sindacati Medici Italiani s'è inaugurato la mattina del 26 maggio u. s. in un'aula dell'Università di Napoli, con l'adesione di quasi tutti gli Ordini sanitari del Regno e con quelle di numerosi membri del Parlamento appartenenti alla classe medica. — Alla seduta inaugurale, dopo il saluto portato ai Congressisti dal Presidente del Comitato organizzatore prof. M. Landolfi, sorse a parlare il Prefetto di Napoli, che in nome del Governo del Re porge il saluto augurale ai medici che egli chiama apostoli di una missione che non ha nè confini nè tramonti. Egli si ritiene convinto che la classe medica, soddisfatta nelle sue aspirazioni, sarà conscia della nobiltà della sua missione altamente umanitaria.

Egualmente il Sindaco di Napoli porge il saluto ai congressisti da parte della Città di Napoli che è ben lieta di ospitarli. Ringrazia il Comitato organizzatore di questo importante Convegno medico-sociale, di aver scelto la città di Napoli per gettare le basi della nuova Istituzione.

Il Rettore Magnifico della R. Università di Napoli, prof. G. Miranda, e il Preside della Facoltà Medica, prof. G. Gradenigo, danno il benvenuto ai Congressisti; quindi il Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Napoli presenta un ordine del giorno votato a Roma nel Congresso della Federazione degli Ordini dei Sanitari e, dopo averlo letto, prega i Congressisti a volerlo studiare attentamente.

Si lèva quindi a parlare l'on. prof. Pietro Capasso il quale afferma che il Sindacato Medico non ha nulla a che fare con gli Ordini dei Medici e a tale proposito fa notare quale sia stato il risultato dell'opera degli Ordini che funzionano in due terzi d'Italia. Il Sindacato ha un ben diverso valore e può esplicare un'efficacia ben differente poichè non avendo esso delle leggi alle quali ubbidire, trova buone tutte le armi nell'urgenza della difesa, esperiti i mezzi legali contro i padroni, vale a dire contro lo Stato, le Provincie, i Comuni, le Opere Pie, le Società varie, i clienti, usa senza limitazione e senza pastoie i mezzi extralegali. Vi sono leggi che lo Stato non applica, danneggiando così la classe medica; soprusi di Giunte amministrative, di Commissioni di beneficenza, di Consigli provinciali sanitari; sfruttamenti negli Ospedali e nelle Cliniche, infrazioni ad ogni legge e ad ogni senso morale che i Medici non devono più tollerare. Ora per lottare e vincere occorre una forza, la forza del numero militarmente organizzata e quindi deve sorgere il Sindacato e la Federazione dei Sindacati.

Il Sindacato si risolve in beneficio di tutti e dei singoli. Il momento della costituzione dei Sindacati è favorevole. Il Convegno studi il modo di accordarsi con le maggiori Organizzazioni dei lavoratori, che ci insegnano la disciplina solidale, poichè se un bel giorno dovrà essere discussa ed approvata la legge sulle assicurazioni delle malattie, la classe medica trarrebbe molti benefici da una tale intesa. Se tale intesa dovrà essere rimandata oggi diverrà fatale in un prossimo domani.

Il prof. Carginale porta il saluto dei Sindaci della Provincia di Napoli, il prof. Ferrannini della *Riforma Medica*, il dott. P. M. Franco della *Folia Medica*.

Nella seduta pomeridiana si procede all'elezione dell'Ufficio di presidenza e vengono eletti per acclamazione il prof. M. Landolfi, presidente, ed i professori Marsiglia e De Vecchis segretari. Si propone e si accetta che in via transitoria, per quanto riguarda le votazioni, voti un delegato per ogni Sindacato; si passa quindi alla questione dell'unicità di mandato che giova agli interessi generali di tutti i medici. Tale questione viene trattata dal prof. Taliercio, il quale, inoltre, sostiene che la carriera degli Assistenti e Aiuti sia negli Ospedali che nelle Cliniche deve finalmente svolgersi con concorsi aperti a tutti e non col solito mezzo dei favoritismi. La discussione su questi argomenti trattati dal Taliercio diventa molto viva e si prolunga per oltre un'ora e alla fine viene proposto dai proff. Giudiceandrea, Razzano e De Fabritiis il seguente ordine del giorno che viene approvato: «Il Congresso invoca che venga dai varî Enti pubblici stabilita la unicità del mandato e che per coloro che si trovano attualmente ad avere due o più posti si affidi ai varii Sindacati l'incarico di indagare e di regolare la loro azione secondo che esista incompatibilità tecnica o morale». Dopo di ciò i proff. Mauro e Taliercio lamentano che nelle Cliniche universitarie si eserciti un vero nepotismo.

Si inizia la discussione sullo Statuto e regolamento della Federazione.

Il prof. Pinerolo di Torino legge una lunga relazione sullo Statuto federale, ma, data l'ora tarda, la discussione viene rimandata al giorno dopo.

Vengono esaminati nella seduta successiva i diversi articoli di tale regolamento. Il prof. Marsiglia propone che al Presidente del Sindacato venga sostituito invece un Segretario del Sindacato. Su questa proposta si accende una lunga questione. Si discute in seguito se ai Sindacati si debbano iscrivere i singoli medici oppure le categorie professionali. Il prof. Landolfi propone che per il buon funzionamento dei Sindacati è necessario un Comitato esecutivo composto da 5 o più membri, comprendente un segretario e un presidente. Ciò viene approvato dall'assemblea. Il prof. Landolfi, inoltre, propone la istituzione dei Sindacati regionali invece di quelli provinciali, proposta che dopo ampia discussione, viene accettata all'unanimità, mentre invece viene respinta la proposta del professor Giudiceandrea il quale vorrebbe la iscrizione dei singoli medici e non delle categorie professionali.

Vengono in seguito approvati due ordini del giorno del prof. Di Marzo rappresentante il Sindacato medico di Roma circa l'opera da svolgersi da tutti i Sindacati pel miglioramento della classe ed anche un ordine del giorno del prof. De Vecchis riguardante l'esercizio dell'Odontoiatria seriamente minacciata dal progetto Corbino.

Il prof. Marsiglia propone che i membri del Consiglio della Federazione dei Sindacati italiani siano tanti quanti sono i Sindacati. Viene approvata tale proposta nella proporzionale d'un rappresentante su ogni 500 iscritti.

Lo Statuto e il regolamento della Federazione vengono approvati dopo ampia discussione. Viene anche approvato un ordine del giorno riguardante la riforma dell'Assistentato universitario.

Si passa quindi alla discussione del progetto di legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie e sulla vigilanza igienica. La relazione su questo argomento fatta dal dott. Sepe è interrotta spesso da vivi applausi. Ad essa si oppone il dott. Razzano, il quale vorrebbe che la legge non venisse a ledere i diritti acquisiti dagli attuali ufficiali sanitari, che in buona parte sono anche medici condotti. L'assemblea invece rigetta all'unanimità il progetto Razzano ed approva l'ordine del giorno del dott. Sepe, il quale vuole la stabilità dell'ufficiale sanitario attualmente in carica, dispensa dalla frequenza e dall'esame del corso d'Igiene nelle R. Università, stabilità agli ufficiali sanitari tuttora provvisori, che abbiano compiuto un triennio di lodevole servizio, abolizione del divieto dell'esercizio professionale e che l'ufficiale sanitario sia sottratto all'influenza dei Sindaci, dipendendo solo dall'autorità governativa.

Con ciò i lavori del Congresso possono ritenersi esauriti. Viene stabilita all'unanimità, come sede del prossimo Congresso, Milano, con data da stabilirsi.

I Congressisti si riunirono quindi all'Hôtel Bertolini dove ci fu un ricevimento in loro onore.

V. SUSANNA.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Provvedimenti per i composti arsenobenzolici.

Un decreto del ministro dell'interno, considerato che i composti arsenobenzolici (arsenobenzolo o salvarsan, novarsenobenzolo o neosalvarsan, atoxil, ecc.) sono di preferenza somministrati per iniezione endovenosa nella loro applicazione terapeutica sempre più estesa; che essi sono facilmente alterabili; che possono rimanere inquinati da sostanze tossiche; che la preparazione e la conservazione di essi richiede particolari e difficili accorgimenti di tecnica, sussidiata da costante controllo chimico e biologico; stabilisce che i composti suddetti siano compresi fra i prodotti affini ai vaccini, virus, sieri curativi e tossine, di cui all'art. 132 del testo unico delle leggi sanitarie, e per la fabbricazione e la vendita di essi devono quindi osservarsi le disposizioni della legge sopra ricordata e del relativo regolamento.

La Direzione Generale della Sanità pubblica ha diretto ai Prefetti una circolare con cui si richiama l'attenzione su questo decreto, perchè venga portato a conoscenza degli uffici dipendenti e ne venga data la maggiore pubblicità anche a mezzo degli Ordini dei medici e dei farmacisti e si dichiara l'intendimento del ministero dell'interno di esigere che gli istituti produttori, e le farmacie presso le quali i prodotti in questione sono in vendita, provvedano sollecitamente ad uniformarsi alle prescrizioni stabilite colle citate disposizioni di legge e di regolamento, avvertendo che a partire dal 1° ottobre p. v. non sarà consentita la vendita di prodotti che non risultassero provenienti da Istituti debitamente autorizzati.

Pei congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Caserta*. Dottori: Scalzone Francesco, Casal di Principe — Della Corte Luca, Frignano Piccolo — Bevilacqua Giuseppe, San Cipriano d'Aversa — Terenzio Alfredo, Fondi — Riello Giuseppe, Castelmorrone — Farina Enrico, Parete — Ferrara Michele, San Felice a Cancello — Iorio Domenico, San Marco Evangelista — Mastrostefano Antonio, Teano — Cangiano Enrico, Trentola — De Pascale Adolfo, Formia — Greco Biagio, Mondragone — De Vendictis Carmine, Sant'Apollinare — Capogrosso Adolfo, Sessa Aurunca — De Stefano Tobia, Cicciano — Tanzillo Angelo, Cimitile — Leonessa Raffaele, Nola — Vaiano Aniello, Roccarainola — Del Foco Oreste, Cassino — Borgia Vincenzo, Maddaloni — Roccatani Raffaele, Sora — Cascella Nicola, Aversa — Manco Vincenzo, Capua — Bitetti Fortunato, Caserta — Galdieri Manlio, Galluccio — Longo Silvestro, Esperia — Ricciardelli Alfonso, Pico — Tasciotto Federico, San Giovanni Incarico — De Giulio Pasquale, Saviano.

Provincia di *Bari*. Dottori: Tatulli Giuseppe, Terlizzi — De Fermo Vincenzo, Bari — Loprione Francesco, Conversano — Perrone Alberto, Acquaviva delle Fonti — Losito Nicola, Andria — Chierico Lorenzo, Altamura — Menunni Gioacchino, Barletta — Divenere Gaetano, Carbonara — Pesce Angelo, Casamassima — Nitti Luigi, Castellana — Moscatelli Ettore, Canosa — Guastamacchia Luigi, Corato — Latorre Pietro, Fasano — Panni Francesco, Giovinazzo — Resta Vito, Gioia del Colle — Gigliobianco Michele, Gravina Puglie — Servedio Giacomo, Grumo Appula — Acquaviva Gianluca, Locorotondo — Marotta Giovanni, Modugno — Barnaba Giovanni, Monopoli — Bevilacqua Giuseppe, Minervino Murge — Pansini Pasquale, Molfetta — Sturni Giuseppe, Noicattaro — Lippolis Sebastiano, Noci — Avisto Michele, Palo del Colle — Labbate Vitantonio, Polignano a Mare — Troiani Vito, Rutigliano — Ruta Michele, Ruvo di Puglia.

Provincia di *Bergamo*. Dottori: Minelli cav. prof. Spartaco, Bergamo — Loglio Giuseppe, Caravaglio — Milani Tommaso, Fontanella — Marigo Giulio, Verdello — Moroni Giuseppe, Ghisalba — Bassi cav. Emilio, Martinengo — Casiraghi Luigi, Ponte San Pietro — Mele Battista, Leffe — Bontempelli cav. Lodovico, Treviolo — Petazzi Attilio, Treviglio — Bernardelli Francesco, Treviglio —

Paris Giuseppe, Pumenengo — Bernardi Carlo, Zanica — Signorelli Libero — Grumello del Monte — Sfrondini Antonio, Albino — Manfredini Tommaso, San Pellegrino — De Toma Giacomo, Scanzo — Cinquini Luigi, Seriate — Sfrondini A. Ambrogio, Vallalta — Bonicelli Vincenzo, Trescore B. — Castelli Guglielmo, Villongo S. A., — Giorgetti Marco, Calvio — Velsecchi Marco, Mornico.
Marco, Calvio — Velsecchi Marco, Mornico — Leni Giovanni, Caravaggio — Boni Carlo, Caravaggio — Vellano Giovanni, Treviglio — Zamboni Emilio, Arcene.

Provincia di *Caltanissetta*. Dottori: Dell'Aira Giuseppe, Caltanissetta — Crescimone Rosario, Niscemi — Rizzo Francesco, Valguarnera — Di Prima Raffaele, Castrogiovanni — Leone Giuseppe, Campofranco — Mancuso Salvatore fu Vincenzo, Mussomeli — Pappalardo Salvatore, Piazza Armerina — Ianni Giuseppe, Riesi — Mancuso Salvatore fu Nicolò, San Cataldo — Mattina Benedetto, Barrafranca — Di Francesco Giuseppe, Montedoro — Di Bartolo Angelo, Terranova — Mazzola Francesco, Aidone — Federico Rocco, Butera — Sorriso Valvo Giovanni, Calascibetta — Tinebra Vincenzo, Delia — Ferrara Girolamo, Marianopoli — Guinta Rocco, Mazzarino — Nicoletti Antonino, Pietraperzia — Fiandaca Antonino, Santa Caterina — Piazza Gaetano, Serradifalco — Cigna Alfonso, Sommatino — Vaccaro Antonino, Sutera — Mulè Michele, Villalba — Cipolla Giovanni, Vallelunga — Restivo Salvatore, Villarosa.

Nell'elenco riportato nel fasc. 23 per la provincia di Livorno, linea 8ª, leggere: «Corbisiero Raffaele di Lorenzo, Capoliveri».

MEDICINA SOCIALE.

I medici e la crisi delle abitazioni.

Il problema delle abitazioni grava sinistramente sulle popolazioni rappresentando uno dei più gravi ostacoli al movimento di assestamento del dopoguerra e costituendo indubbiamente uno dei più grandi coefficienti del malessere sociale attuale.

Oggi, dopo più anni, si può onestamente constatare che il decreto-legge sulle abitazioni, il quale nella mente del legislatore doveva rappresentare un savio atto di previdenza sociale, si è manifestato in pratica dannosissimo sempre. Si poteva tutelare con opportuni provvedimenti l'interesse degli inquilini sottraendoli alla voracità di molti proprietari di case, ma non si doveva nè creare quell'abisso che oggi corre tra il prezzo degli affitti e il costo della vita in genere, nè impedire un «condizionato» spostamento delle famiglie da alloggio ad alloggio. Il decreto-legge in parola non ha raggiunto se non delle meschine finalità politiche.

Ed ecco che io rimango sorpreso di non avere osservato in nessuna rivista medica ed in nessun foglio di classe alcuna nota relativa al problema delle abitazioni, molto più che la classe medica viene dall'attuale stato di cose singolarmente danneggiata. E dico questo perchè è evidente che quel medico che desiderasse stabilirsi in una città o per esercitarvi la professione, o per dedicarsi a studi speciali, corsi di perfezionamento, ecc., ne è assolutamente impedito, a meno che non voglia esporsi all'ingordigia dei proprietarii di case, o peggio di quartieri ammobigliati, oppure intenda profondere intere sostanze, vivendo in una pensione. Ed è proprio il medico che più d'ogni altro può, per ragioni ineluttabili o di salute o di famiglia o professionali, trovarsi nella necessità di dovere spostare da un giorno ad un altro la propria attività professionale da una residenza rurale ad una di città, o viceversa, ed è proprio il medico che ha assolutamente bisogno di una abitazione, per ragioni intuitive e non può adattarsi ad abitare in camere ammobiliate od all'albergo.

La triste situazione, conseguenza dell'attuale stato di cose relativo alle abitazioni, risalterà più evidente dall'esposizione di quanto è accaduto al sottoscritto.

Con i risparmi di diversi anni di lavoro avevo acquistato un piccolo quartiere in Firenze, con lo scopo di abitarlo e di impiantarvi il mio gabinetto. Forte dei diritti di cui al comma 11 del decreto-legge 18 aprile 1920, abbandonai nel novembre 1920 una buona condotta ove già esercitavo da tre anni, sicuro di avere la mia abitazione di città di otto stanze, che era abitata da una sola persona: un sacerdote. La sentenza contraria del Pretore ed una pure contraria del Tribunale mi lasciarono senza tetto e senza lavoro per un anno e con la legnata di tremila lire di spese legali! Trovai allora nuovamente servizio in una Condotta di montagna dove sono anche attualmente. Ma in questo ameno paesetto si riversano d'estate non pochi abitanti delle città dove godono o rendite vistose o lautissimi stipendi e, tutelati dal provvido decreto-legge, spendono così pochissimo per l'affitto di casa e possono contendersi i quartieri e le ville delle stazioni estive a prezzi fantastici...; ecco che, io, appena arrivato quassù, dopo essere stato due mesi a farmi spolpare in una pensione, ho dovuto accontentarmi di una modestissima casina di montagna pagando il *tenue* affitto di lire millequattrocento annue...

Credo superfluo ogni commento.

Qualcuno potrebbe obiettare che non ci si deve preoccupare del danno del singolo quando se ne avvantaggia l'interesse della collettività. Ma a tale obiezione credo sia onesto rispondere che prima bisognerebbe poter escludere che il decreto sugli alloggi non abbia peggiorato la situazione; poichè è chiaro: alla deficienza degli alloggi si rimedia *sostanzialmente* solo con la costruzione di nuovi alloggi, e siccome ciò non è accaduto perchè pochissimo si costruiva (la colpa non è del decreto?), quell'adattamento artificioso che si è avuto per opera del decreto si sarebbe avuto automaticamente senza il gravissimo disagio delle popolazioni.

Auguriamoci che della caotica legislazione in materia di affitti sia stata scritta l'ultima pagina, o che per lo meno in avvenire, se anche si riterranno necessarie delle limitazioni, si tenga d'occhio anche l'interesse di coloro per i quali la casa rappresenta il luogo del lavoro. Sotto questo punto di vista i medici sono indubbiamente quelli maggiormente interessati.

Cutigliano (Pistoia).

Dott. CESARE ROMANO ZUCCONI.

Le condizioni dell' Ucraina.

I rapporti della Croce Rossa Ucraina ci fanno conoscere le pietose condizioni di questo disgraziato paese. Dal 1917 a tutto il 1920 delle vere valanghe umane, ex-prigionieri e fuggiaschi, passarono come cicloni sul territorio ucraino. Le operazioni militari, la guerra civile durata oltre tre anni aggravarono la situazione a cui portò il colpo di grazia la terribile siccità del 1921, la quale ebbe per conseguenza che l'80 % dei campi seminati non produssero nulla, mentre nel rimanente la quantità di cereali raccolta pareggiò appena quella seminata. Nè migliori sono le prospettive per il 1922, mancando i cereali per le semine, e mancando in gran parte il bestiame, spesso ucciso anche perchè mancava il nutrimento per esso.

La fame, nella sua forma più terribile, quella collettiva, fece numerose vittime: in un solo distretto (Melitopoli) queste salirono a 460 nel mese di novembre; 16,000 in due mesi nel governo di Zaporoje; 100 al giorno nel governo di Cherson. La popolazione è inoltre decimata dalle epidemie: su 28 milioni di abitanti, si ebbero, nel 1920, 609,000 casi di tifo esantematico, 325,000 di tifo ricorrente, 125,000 di febbre tifoide, oltre 11,000 di colera: queste cifre riguardano i soli malati trattati negli ospedali, ne sono quindi esclusi quelli delle campagne, per cui mancano assolutamente dati. Nel 1921 si osserva una diminuzione dei casi, la quale, con probabilità, è solo apparente, poichè la popolazione spossata e scoraggiata non ha più nemmeno l'energia necessaria per cercare il soccorso medico; un aumento si è avuto nei casi di colera (oltre 13,000) che ha infierito anche durante i freddi più rigorosi.

Non è a maravigliarsi se, in tale situazione, le condizioni degli studî e degli studiosi sono angosciose. Professori e studenti travolti, anche loro malgrado, nelle lotte politiche, costretti per non morire di fame a fare i taglialegna, i facchini, gli spazzini, completamente tagliati fuori dal mondo scientifico estero, con cui non avevano comunicazioni dal 1914. Impossibile poi era qualsiasi lavoro scientifico in città prive di illuminazione, di acque, di riscaldamento, a tal punto che si videro dei neonati morire di freddo nelle cliniche universitarie.

Finita la guerra civile, le condizioni sono un poco migliorate: la *razione accademica* distribuita con una certa regolarità ha dato la possibilità di una esistenza modesta, ma la carestia del 1921 è venuta a sconvolgere nuovamente tutto. Ciò non ostante gli studî non sono abbandonati: si trovano attualmente nelle scuole superiori oltre 3000 professori e quasi 50,000 studenti, fra cui abbondano gli inscritti in medicina (oltre 15,000). La Facoltà di medicina di Charcoff ha ripreso la pubblicazione di una rivista (*Vracebnoe Delo*) che ci viene inviata.

È necessario però che a queste popolazioni siano inviati soccorsi; lo spettro della fame incombe ancora su di essi, e non è agevole porvi riparo: solo per assicurare una razione individuale di 400 grammi di pane occorrono tonnellate 1,307,000 di grano per arrivare al nuovo raccolto. Gli studiosi poi, oltre all'aiuto per le elementari esigenze della vita (vitto, vestiti, scarpe, biancheria) hanno bisogno di oggetti indispensabili al lavoro scientifico (libri, riviste, materiali per scrivere). Qualunque invio di materiale giungerà sempre gradito. I soccorsi sono trasmessi per mezzo delle Croci Rosse di diverse nazioni (anche l'Italia vi ha inviato una missione) e per mezzo di due organizzazioni: l'alto Commissariato di Nansen (Ginevra, Passage des Lions, 3) e l'«American Relief Administration», organizzazione di Hoover. *fil.*

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9443) *Indennità caro-viveri.* — Dott. L. P. da F. V. — Non essendo mutate le condizioni della vita non è giusto sopprimere di un tratto la corrisponsione della indennità caro-viveri. Per gli impiegati statali la indennità si corrisponde tuttora e così avrebbero dovuto regolarsi anche i Comuni, in attesa che si prendano provvedimenti adeguati dalle autorità competenti. Ad ogni modo per la classe dei medici condotti, nel caso di abolizione della predetta indennità, si può ricorrere alla G. P. A. perchè, ai termini dell'art. 26 della legge sanitaria, provveda ad aumento di ufficio dello stipendio in proporzione adeguata alla soppressa indennità.

(9445) *Pensione.* — Dott. V. G. da V. — Anche nella qualità di ufficiale sanitario può essere inscritto alla Cassa di previdenza. Gli anni di servizio precedentemente prestati non si possono riscattare. Nella sua condizione potrebbe avere la pensione a 68 anni di età. La pensione sarebbe di lire 1756, riversibile per metà a favore della vedova.

(9446) *Partecipazione a più di un concorso contemporaneamente.* — Dott. E. B. da T. — Dovendo partecipare a più concorsi contemporaneamente si può ad uno di essi presentare un elenco dei documenti, siccome è prescritto dall'art. 96 del Regolamento alla legge Comunale e Provinciale. Vedi in proposito: «La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale», del Comm. Vigo, a pag. 67, ove è ampiamente trattato l'argomento.

(9448) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. F. da A — La corrisponsione della indennità caro-viveri non risulta prorogata fino a tutto giugno 1922. Qualche Comune l'ha, però, di fatto soppressa, mentre la gran maggioranza l'ha tuttora conservata in bilancio, in considerazione del non ancora diminuito costo della vita.

(9449) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. M. da C. — L'indennità caro-viveri compete anche all'ufficiale sanitario. Vedi pag. 189 del volume: «La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale», del Comm. Alberto Vigo.

(9450) *Infortunio agricolo.* — Dott. R. B. da N (O. dei M.). — A nostro avviso il danno derivante da un infortunio agricolo deve, come tutti gli altri congeneri, essere imprevisto ed imprevidibile, come lo scoppio di una caldaia, un colpo di zappa

mal dato, la caduta di un sasso, ecc. Senza il concetto dell'imprevisto e dello imprevidibile non è concepibile l'idea del sinistro, meritevole di concorso pecuniario da parte di speciali Società, che hanno la concessione di tale soccorso come obbiettivo principale della loro esistenza. Ora la caduta del solaio di una casa colonica, a prescindere che non può entrare in nessuna delle categorie di sinistri previste dall'art. 1 e segg. del Regolamento approvato con il D. L. del 21 novembre 1918, numero 1889, non è imprevedibile, in quanto che il solaio, prima di cadere, dovea presentare tali chiare ed univoche lesioni, da non far dubitare della sua caduta, in breve tempo. Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CEVANO (*Novara*). — 2ª cond.; L. 7000 e c.-v. Scad. 30 giugno.

CICALA (*Catanzaro*). — Scad. 23 giugno. L. 6900 e 5 quadrienni, c.-v. Idonea e valida costituzione fisica. Iscrizione a un Ordine. Superf. ett. 9500 «in ogni parte montante». Ab. 2000, pov. 300.

DOVADOLA (*Firenze*). — Capoluogo. Scad. 30 giugno. L. 6000 e 8 trienni. Direz. Ospedale L. 3000. Se uff. san. L. 500. Doppio c.-v. Età lim. 40. Sana e robusta costituz. e attitudine al disimpegno del servizio oggetto del concorso. Situaz. di fam. Certificato gener. studi. Titoli chirurgici; due anni in clinica chirurgica o reparti chirurgici di ospedali di capoluogo di prov. — 2ª condotta; stesse condiz. meno Ospedale e titoli chirurgici; L. 4000 cav. revidibile annualmente; assistenza operaz. chirurg. L. 500. Ab. 1918, pov. 122.

GROSSETO. *R. Prefettura*. — Il termine utile per la presentazione dei documenti per l'ammissione al concorso ad ufficiale e medico-capo del comune di Grosseto è prorogato sino al 30 giugno.

ISSIME (*Torino*). — Consorzio con Gressoney-St. Jean. Scad. 25 giu. L. 4500. Alloggio; mezzo di trasp. L. 1900; uff. san. L. 900. Ab. 5000.

LATISANA (*Udine*). *Ospedale Civile «Regina Elena»*. — Chirurgo-medico-ostetrico e direttore tecnico: L. 9000, c.-v. e 5 sessenni di L. 500. Scad. 15 luglio, rimanendo in facoltà dell'Ammin. Ospedaliera di prorogare la scadenza. Età limite 40.

PANICALE (*Perugia*). — 1ª cond.; ab. 2113 con 14 fam. povere; scad. 30 giu.; L. 6000, doppio c.-v., tre quinq. decimo, L. 2500 cav., L. 500 uff. san., L. 200 assicur. Non impegni con la C. R. nè obblighi di serv. milit. trascorso il periodo di reclutam. Elenco cronolog. degli uffici sanit. ricoperti.

PERUGIA. *Ufficio d'Igiene e Sanità*. — Tre condotte rurali; a tutto 15 lug.; docum. all'Ufficio di Segreteria; L. 6000, doppio c.-v., L. 300 ambulat.; L. 200 assicur.; soli poveri.

PIAGGINE SOPRANE (*Salerno*). — L. 4000 fino a 150 fam. e L. 200 ogni 10 fam. in più, L. 500 quale uff. san. Scad. 25 giugno.

SASSARI. — Direttore Istituto Batteriologico Consorziale. L. 10,000 e 4 quinquenni L. 1000 ciascuno, diritti perizia. Modalità, dettagli, richiedere informazioni Presidente. Avviso pubblicato n. 114 periodico locale «Nuova Sardegna», 15 maggio. Scadenza 25 giugno.

VIGO (*Belluno*). — Consorzio con Lozzo e Lorenzago; a tutto 10 luglio. Fino a 1000 pov. L. 6000, per ogni gruppo di 100 pov. non inferiore a 50 lire 2 ciascuno; trasp.: se cav. L. 3500, se automezzi L. 1800, se altro mezzo L. 1000; se uff. san. lire 550; c.-v.; alloggio gratuito. Tariffa per non poveri. Rivolgersi Segreteria comunale.

Comune in montagna, bellissima posizione, con stazione ferroviaria, cerca subito medico interino che potrà rimanere stabile prossimo concorso. Abitanti 2400; una sola frazione a 3 km. Condotta residenziale. Stipendio L. 6000, più L. 2000 per cav. e L. 500 per U. S. Caro-viveri. Scrivere al sig. Emilio Placidi in San Demetrio nei Vestini (Aquila).

NOTIZIE DIVERSE.

Omaggio al prof. Marchiafava.

Il 6 corr., nell'aula della Clinica Medica di Roma, l'intera classe sanitaria della città si raccoglieva per tributare un solenne omaggio al sen. prof. Ettore Marchiafava, il quale, dopo 48 anni d'insegnamento continuato nell'Università di Roma, quale titolare di Anatomia patologica, giunto ai limiti di età, abbandona la cattedra illustrata con tanto tesoro di dottrina.

Accolto da un uragano di applausi, il Maestro fece il suo ingresso nell'aula vivamente complimentato dalle varie personalità, fra le quali il Ministro della Pubblica Istruzione, on. Anile.

Prima prese la parola a nome della grande schiera dei collaboratori del prof. Marchiafava, il prof. Bignami. Egli ricordò anzitutto i principali sottoscrittori alla borsa di studio che perpetuerà il nome dell'amato Maestro, e fra i quali figurano la Casa Reale, la Croce Rossa Italiana, il Comune di Roma, la Sanità Pubblica, gli Ospedali di Roma, varie Banche e Istituti; lo stesso prof. Marchiafava ha voluto concorrervi con una somma generosissima.

Quindi il prof. Bignami ha ricapitolato le fasi più notevoli dell'attività scientifica del Marchiafava: questi fu l'iniziatore ed il grande fautore degli studi sulla malaria in Italia, sin da quando nel 1883, con la scoperta sulla genesi delle *melanemie* risolvèva una questione fra le più dibatutte; seguirono altre scoperte notevolissime, culminanti in quella del parassita estivo-autunnale, avvenuta nel 1890.

Accanto agli studi sulla malaria spiccano quelli sulla sifilide, la tubercolosi, l'alcoolismo, importanti anche per i frequenti richiami ai gravi problemi sociali, e tanti altri studi che sarebbe troppo lungo enumerare.

L'amore per la scienza e per l'arte, l'austerità della vita, le sue doti di bontà, costituiscono per il Maestro una aureola gloriosa.

Seguì il Ministro della Pubblica Istruzione, il cui discorso fu tutto un inno all'opera compiuta dal prof. Marchiafava, sopratutto quale insegnan-

te. Come tale il Maestro può vantare una grande figliuolanza spirituale da lui creata: la stessa festa odierna esprime da sè le benemerenze acquisite dal venerando Professore, sul quale si riverbera la benevolenza schietta della studentesca e della classe medica che egli educò. Si augura che il prof. Marchiafava, anche al di fuori dell'insegnamento ufficiale, prosegua ancora per lunghi anni la sua opera di Maestro e di studioso.

La serie dei discorsi continuò con quelli del prof. Fano a nome dei Lincei e della Facoltà di Scienze; del prof. Pestalozza per la Facoltà Medica; del prof. Scaduto quale Rettore dell'Università; dell'on. prof. Foà a nome della Società di Patologia; del comm. Massone per la Direzione di Sanità; del prof. Lugli per l'Ordine dei Medici; del prof. Giuseppe Bastianelli; del prof. Giulio Galli; del prof. Mingazzini; del prof. Giudiceandrea; di uno studente.

Salutato da un vibrante applauso si levò infine il prof. Ettore Marchiafava. Egli ringrazia tutti i promotori dell'odierna cerimonia, la quale fu presentata a Lui come una modestissima adunanza ed invece ha assunto un carattere così solenne. Rivolge un pensiero commosso a Guido Baccelli e a Corrado Tommaso-Crudeli, che agevolarono la sua carriera scientifica ed enumera i valorosi collaboratori. Illustra le grandi linee seguite nell'insegnamento della anatomia patologica sull'orma di Giovanni Battista Morgagni ed accenna alle glorie immanenti della Scuola Medica Romana che vanta campioni come Cesalpino, Colombo, Varolio, Eustachio, Baglivi, Lancisi.

Dedica la fine del suo discorso ai giovani, incoraggiandoli all'amore del sapere per il bene della umanità e per la gloria della nostra Italia.

Anche in seno al Consiglio Comunale hanno parlato con calda parola di Ettore Marchiafava il prof. Neuschüler e il prof. Pediconi, che gl'inviarono un fervido saluto e ne lumeggiarono i meriti di scienziato e di cittadino.

Congresso internazionale di protezione materna ed infantile.

È convocato dalla Lega contro la mortalità infantile (Parigi VIII, rue de Miromesuil 49) presieduta dal sen. Paul Strauss.

I lavori saranno ripartiti in 4 sezioni:

1) Protezione della madre prima e dopo il parto; temi: dott. Devraigne: «Le consulenze per gestanti»; sig.na Chaptal: «Organizzazione del parto a domicilio»;

2) Protezione della madre allattante; temi: sig.a Pellu: «Ospedalizzazione delle madri allattanti durante la guerra»; sig.a Lepellier: «Protezione dell'operaia nutrice»; contessa Hocquart de Turtot e dott. Schreiber: «Gli asili per madri nutrici»;

3) Protezione del bambino separato dalla madre; temi: dott. Théroude: «Allevamento in comune»; dott. Armand-Delille: «Il bambino nato da genitori tubercolotici»;

4) Assistenza e insegnamento; temi: sig. Denyges: «Partecipazione delle Opere private all'assistenza materna e infantile»; dott. Marois: «Compito dei Consultatori per lattanti»; dott. Chatin: «Le visitatrici d'igiene infantile».

Le organizzazioni straniere sono invitate a designare un delegato per la discussione.

I congressisti che desiderano fare delle comunicazioni sono pregati di darne notizia alla segreteria generale.

All' Istituto di Igiene Sociale.

Il ministro del lavoro on. Dello Sbarba ha voluto visitare l'Istituto Italiano di Igiene Previdenza ed Assistenza Sociale. Egli volle esser messo al corrente delle finalità ed attività dell'Istituto, dal fondatore prof. Ettore Levi, interessandosi specialmente alla dimostrazione del larghissimo sviluppo che all'estero ha assunto la crociata per il benessere e l'incolumità dei lavoratori, con la partecipazione delle organizzazioni padronali e sindacali. Ha promesso il più vivo interessamento alle sorti future di questa moderna Istituzione, che ha già ricevuto dal Ministero del Lavoro, su relazione del Direttore Generale comm. Calamani, un sussidio adeguato alla nobiltà dei suoi fini.

Per la nomina del personale assistente nelle Università.

L'on. prof. Cirincione ha presentato un disegno di legge perchè gli assistenti ed aiuti alle cattedre universitarie di medicina e chirurgia siano nominati mediante concorso.

Nella stampa medica.

Ha visto la luce il primo fascicolo degli «Annali Italiani di Chirurgia», pubblicati a cura dei proff. Pascale, Alessandri, Muscatello, Roncali e De Gaetano; hanno lo scopo di archiviare la produzione chirurgica italiana, nel campo scientifico e tecnico, e di concorrere a valorizzarla. Redazione ed amministrazione hanno sede presso la I Clinica Chirurgica di Napoli, diretta dal prof. Roncali.

Augurii cordiali.

Per i medici che si recano a Montecatini.

La Società Esercente le RR. e Nuove Terme di Montecatini fa noto ai sigg. Medici che essi e le loro famiglie (moglie e figli) hanno diritto alla cura gratuita, sia bibita delle acque, sia cure speciali.

La Società esercente non manda la Tessera ai sigg. Medici; ma quelli di loro che vorranno onorare Montecatini di una loro visita otterranno immediatamente la relativa tessera o biglietti gratuiti solo che si presentino alla locale Direzione con un semplice documento da cui risulti la loro qualità di medico.

Per la nomina del prof. Nigrisoli.

Ad una interrogazione dell'on. Federzoni il sottosegretario alla P. I. on. Lo Piano ha risposto che, in ordine alla proposta della Facoltà Medica di Bologna per la nomina del prof. Nigrisoli a-

ordinario di clinica chirurgica, in base all'art. 24 T. U. leggi sull'istr. super., è stato chiesto il necessario parere del C. S., secondo prescrive l'articolo 18 del R. G. Universitario; intanto il Nigrisoli venne confermato nell'incarico.

Elargizione significativa.

La ditta A. Wassermann di Milano anche quest'anno ha dato un contributo di cinquemila lire alla Clinica per le malattie da lavoro di Napoli.

In Italia, dove gli studi scientifici si sorreggono unicamente per l'opera inadeguata e arida dello Stato dove essi non destano la sollecitudine della grande massa della popolazione, tanto che non vengono mai beneficati da elargizioni o da lasciti, l'esempio della ditta industriale milanese merita di essere segnalato con plauso.

La carestia nell' Ucraina.

Il Delegato generale della Croce Rossa Ucrainica per l'Europa Occidentale, dott. Kholodny, residente a Berlino, invia al nostro periodico una nuova relazione documentata dalla quale emergono le condizioni orribili in cui si dibatte l'Ucraina: gli affamati si contano a milioni, divorano la paglia, i calami di maiz, la scorza degli alberi, la terra uliginosa; si moltiplicano i casi di cannibalismo, nel seno stesso delle famiglie; le malattie infettive — tifo esantematico, tifo ricorrente, colera, ecc. — e le malattie gastro-intestinali fanno stragi; frequenti sono i casi di pazzia e i suicidi; la capacità di lavoro si riduce sempre più, le officine si chiudono, le comunicazioni si arrestano, i campi non rendono anche perchè vengono a mancare del tutto le semine e gli animali da lavoro: un fato terribile grava su tutta la nazione, che venne sfiorata dalla follia bolscevica.

Per una grande biblioteca medica a Berlino.

La Kaiser Wilhelm Academie ha ricevuto in deposito dalla casa Springer una dotazione di 500 periodici medici, che pervengono per cambio a quella casa editrice; si può considerare come una tra le biblioteche più ricche in periodici che conti attualmente la Germania.

La scuola di medicina tropicale di Calcutta.

L'« Indian Medical Record » pubblica una dettagliata relazione sull'attività di questa scuola, che possiede un ospedale con 116 letti, la scuola propriamente detta con 7 professori e 10 assistenti; una sezione scientifica con 4 capisezione ed altrettanti assistenti. Un reparto di ricerche è riserbato alla lebbra, sotto la direzione di Muir; un reparto al kala azar, sotto la direzione di Nepier; uno all'anchilostoma, con Mc-Vail; uno alla filariosi, diretto da Sundar Rao; esistono inoltre le sezioni di patologia (H. W. Acton) e di farmacologia (R. N. Copra). (*Patologica*).

Un giornale medico svedese e il cambio.

Gli *Acta oto-rino-laringoiatrica*, tenendo presenti le gravi difficoltà di abbonarsi nei paesi a moneta svalutata, annunziano di accettare sottoscrizioni con l'impegno di saldare entro il 1930 e computando l'interesse del 4 per cento. Il pagamento dovrà esser fatto in valuta svedese. (*Ibidem*).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. de Méd. de Paris, 1° apr. — J. MAGAT. Emovaccinazione profilattica del tifo esantematico.

The Lancet, 1° apr. — Lord DAWSON di Penn. Il segreto professionale. — A. D. SYMONS. Alcalipenia.

Castilla Méd., 1° apr. — M. BANUELOS GARCÍA. Gli errori nella clinica della tubercolosi polmonare.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 2 apr. — G. AVEZZÙ. Osteomalacia infantile.

La Presse Méd., 5 apr. — J. LHERMITTE e L. CORNIL. Le sindromi del corpo striato d'origine sifilitica nel vecchio. — F. CARRIEN. Valore del metodo Salvaneschi nella profilassi delle orchiti da orecchioni.

Deutsche Med. Wochens., 7 apr. — W. V. KAPFF. La combinazione chinidina-digitale nell'aritmia perpetua. — P. LAZARUS. Radio-torio. — R. HAMBURGER. Terapia del rachitismo.

Münch. Mediz. Wochens., 7 apr. — PFREIMBTER, SELL e PISTORIUS. Nuova dimostrazione del « virus di D'Herelle ». — W. SIGWART. Terapia e profilassi eterea della peritonite.

La Presse Médicale, 8 apr. — G. LAROCHE, P. BRODIN e G. ROSMEAUX. L'appendicite cronica; importanza dell'esame radiologico.

The Lancet, 8 apr. — L. HILL. Sul metabolismo in riva al mare. — O. HEATH. Trattamento del raffreddore. — K. M. WALKER. Infezione renale ascendente.

Journ. des Sc. Méd. de Lille, 9 apr. — G. DIDIER. Principî di estetica in chirurgia otologica.

Klinische Wochens., 9 apr. — J. CITRON. La questione del salvarsan.

Edinb. Med. Journ., apr. — D. M. GREIG. Ipertrofia mammaria puberale. — D. MURRAY LYON. Xanthoma diabeticorum.

Proc. R. Soc. of Med., apr. — Utilità e limitazioni dell'anestesia all'ossido nitroso (discuss.). — Casistica.

British Med. Journ., 25 mar. — F. W. MOST. Disordini mentali e organi riproduttori. — H. KIRKPATRICK. Eziologia della cataratta primaria.

Journ. de Méd. de Paris, 25 mar. — H. GUILLEMINOT. Radioterapia profondissima.

Paris Méd., 25 mar. — MINET, LEGRAND e BULTEAU. La sparteina, medicamento depressore del cuore.

La Presse Méd., 25 mar. — A. CHAUFFARD. La sindrome umorale della gotta. — H. GODLEWSKI. La varietà delle sostanze minimali nell'alimentazione infantile.

La Medic. Ibera, 25 mar. — P. CIFUENTEO. La radioterapia nell'ipertrofia prostatica.

Le Scalpel, 25 mar. — E. BOSSAN. La lipasi polmonare nella tubercolosi; terapia specifica della tubercolosi.

Revue Tunisienne des Sc. Médicales, dic. — R. DELENIL. Le false granulazioni tubercolari della vescica.

Il Lavoro, 31 dic. — M. ARTOM. L'eczema dei muratori.
Mediz. Klin., 26 mar. — KAMNITZER e JOSEPL. Nuovo procedimento per accertare precocemente la gravidanza intra- ed extra-uterina. — H. STAHR e I. SYMOOLDT. La linfogranulomatosi.
Minerva Med., 1° apr. — M. TROSSARELLO. Epidemia di penfigo lungo la Riviera Ligure nell'estate 1921.
Revue Neurol., nov. — E. MONIZ. Sul trofo-edema cronico di Meige. — G. LERAT. La confusione mentale.
Arch. Méd. Belges, nov. — E. SAVINI. Tentativo di vaccinoterapia contro il tifo esantematico. — N. GOORMAGHIGH. La neurastenia come sindrome endocrina.
Arch. di Farmac. sper., ecc., 1 nov.-15 dic. — G. PISU. Caratteri chimico-fisici dei preparati di ferro usati per iniezioni. — L. TOCCO. Sull'azione delle sostanze caffeiche.
Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., mar. — W. H. HOFFMANN. Le alterazioni organiche nell'infezione sperimentale da *Leptospira icteroides.*
L'Actinoterapia, mar. — P. DEL BUONO. Lesioni della cute nella terapia Röntgen profonda. — MANTERA. Nuova tecnica nella roentgenterapia dei tumori maligni?
La Medic. Ibera, 8 apr. — J. F. DE LA PORTILLA. Commentarî clinici alla Wassermann.
Journ. de Méd. de Bordeaux, 10 apr. — H. BERNARD. La tintura di iodio glicerinata ad alte dosi nella tubercolosi.
Med. Record, 1° apr. — L. BUERGER. Il trattamento non operativo dei calcoli ureterali. — E. C. PREUTIN. La secretina, fattore difensivo contro il cancro gastro-intestinale.
Gazz. d. Osp. e d. Clin., 6 apr. — F. DURAND e E. MUSANTE. Metodo rapido per la determinazione della viscosità del sangue.
The Practitioner, mar. — P. WATSON-WILLIAMS. Importanza pratica della raucedine. — W. K. IRWIN. Le cause della frequente minzione. — E. A. WILLIAMS. Le basi dei così detti stati nevrastenici.
Tubercolosi, mar. — A. GASBARRINI. Vaccinoterapia per via respiratoria contro le associazioni batteriche nella tubercolosi polmonare.

ARCHIVI.

Il Policlinico (Sezione Medica), giugno. — E. TRENTI. Sopra un caso di mixedema con distrofie pluriglandolari. — A. CIMINATA. Contributo alla fisiopatologia dell'apparato linfatico ematopoietico con le colorazioni vitali. — G. AIELLO. Influsso della stasi venosa sullo stato fisico-chimico dei globuli sanguigni. — A. RICCI. Sopra un caso di leucemia cronica granulocitica con megacariocitosi e piastrinemia.
Acta Medica Scandinava, I. H. JANSEN. Diagnosi radiologica della gotta. — C. H. MONRAD-KROHN. Sulla funzione del muscolo latissimus dorsi. II. K. H. KRABBE e K. H. BACKER. Diagnosi dell'aneurisma dell'arteria basilare del cervello. — A. BARKMANN. Disturbi ipofisari post-encefalitici.
Norsk Magazin for Laegevidenskaben, apr. — A BRINCHMANN. Sclerema neonatorum. — P. M. HOLST. Sui virus filtrabili.
Annali d'Igiene, feb. — G. SANARELLI. Patogenesi del colera: il «colera intestinale» dei giovani animali.
Annali di Ostetr. e Ginec., mar. — F. MACCABRUNI. Per la migliore conoscenza dei tumori cistici dell'utero.
Zeitschr. f. Tuberk., apr. — J. SCHULTZ. La tubercolosi genitale e uro-genitale maschile.
Annali di Neurol., VI. — R. COLELLA. Rapporti fra tubercolosi, neuro-psicopatie e delinquenza.
L'Encéphale, dic. — HESNARD. La legge del simbolismo in psichiatria generale. — H. FAUVEL. Disturbi psichici nella nevralgia facciale essenziale.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.